



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CLÁUDIA CAPELINI PICIRILLI

NO OLHO DO FURACÃO: A TRANSIÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE
MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA CAPSi, NA PERSPECTIVA DA
SOCIOANÁLISE.

*IN THE EYE OF THE HURRICANE: THE TRANSITION OF A INFANT-YOUTH
MENTAL HEALTH AMBULATORY FOR CAPSi, IN THE PERSPECTIVE OF SOCIO-
ANALYSIS.*

CAMPINAS

2018

CLÁUDIA CAPELINI PICIRILLI

NO OLHO DO FURACÃO: A TRANSIÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE
MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA CAPSi, NA PERSPECTIVA DA
SOCIOANÁLISE.

*IN THE EYE OF THE HURRICANE: THE TRANSITION OF A INFANT-YOUTH
MENTAL HEALTH AMBULATORY FOR CAPSi, IN THE PERSPECTIVE OF SOCIO-
ANALYSIS.*

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção da titulação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de concentração Política, Gestão e Planejamento.

Dissertation presented to the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas as part of the requisites required to obtain the qualification of the Professional Masters in Collective Health: Health Policies and Management, in the area of Political, Management and Planning concentration.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr^a DANIELE POMPEI SACARDO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA CLÁUDIA CAPELINI PICIRILLI, E ORIENTADO PELA
Prof.^a Dr^a. DANIELE POMPEI SACARDO.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1308-3477>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P585n Picirilli, Cláudia Capelini, 1982-
No olho do furacão : a transição de um Ambulatório de Saúde Mental
Infanto-Juvenil para CAPSi, na perspectiva da socioanálise / Cláudia Capelini
Picirilli. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Daniele Pompei Sacardo.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Análise institucional. 2. Assistência à saúde mental. 3. Serviços de saúde
mental. 4. Assistência integral à saúde. 5. Acolhimento. 6. Criança. 7.
Adolescente. I. Sacardo, Daniele Pompei. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: In the eye of the hurricane : the transition of a Infant-Youth Mental
Health Ambulatory for CAPSi, in the perspective of socio-analysis

Palavras-chave em inglês:

Institutional analysis
Mental health assistance
Mental health services
Comprehensive health care
User embracement
Child
Adolescent

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Daniele Pompei Sacardo [Orientador]
Luciane Maria Pezzato
Rubens Bedrikow

Data de defesa: 23-02-2018

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO
PROFISSIONAL SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS E GESTÃO
EM SAÚDE**

CLÁUDIA CAPELINI PICIRILLI

ORIENTADORA: PROF^a DR^a DANIELE POMPEI SACARDO

MEMBROS:

- 1. PROF^a DR^a DANIELE POMPEI SACARDO**
- 2. PROF^a DR^a LUCIANE MARIA PEZZATO**
- 3. PROF^o DR^o RUBENS BEDRIKOW**

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 23/02/2018

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos trabalhadores do SUS que, apesar do cotidiano permeado por tensões de ordens diversas, produzem sentido nos encontros humanos. Dedico também a todos os pesquisadores que ousam transpor os modelos tradicionais, apostando e demonstrando que os dados científicos também se constroem na relação potente com o outro.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva não foi uma tarefa simples, mas, concluí-lo apresentou-se como um desafio ainda maior. Então, registro meus agradecimentos a todos que sustentaram ao meu lado, cada um à sua maneira, o caminhar desta jornada.

Em ordem de acontecimentos, mas com o mesmo sentido e importância, agradeço à minha família por acreditar no trabalho que realizo e por apoiar muitos momentos de minha profissão, sendo o mestrado um deles. Aos meus pais, Orlando e Eliana, à minha tia, Edis Isabel, à minha irmã, Laura, e (*in memoriam*) à minha tia Edna que sempre acreditou em nossa potência. Agradeço ao meu companheiro, Matheus, pela paciência nestes longos dois anos de estrada e por compartilhar comigo mais esta conquista, por ser ouvido acolhedor e por abraçar comigo muitos momentos desta vivência.

Agradeço aos meus amigos que compreenderam quando eu precisei me afastar, me concentrar, imergir em minha pesquisa e, mesmo assim, estiveram ao meu lado.

Agradeço aos meus alunos que tanto me ensinaram e que contribuíram de forma singular para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Agradeço especialmente aos meus alunos dos grupos de estágios – pessoas maravilhosas com quem tive a honra de compartilhar trabalhos em campo – e que acolheram quando eu precisei deixar a docência para concluir este mestrado, ao lado de meu trabalho no SUS.

Agradeço também às minhas eternas companheiras de luta do CAPSi Carretel (antigo CAPSi Cevi) que me ensinaram o que é ser trabalhadora do SUS e militante. Vocês estavam presentes em cada momento desta pesquisa e estão sempre!

Quanto à minha chegada e permanência na Unicamp, agradeço de forma particular aos companheiros Juliana Corbett e Daniel Rigotti, que muito me ajudaram a organizar meu caminho até o processo seletivo deste mestrado.

Agradeço aos professores Gastão Wagner de Sousa Campos e Herling Aguilar Alonzo, pelo acolhimento em meu processo seletivo. Agradeço à professora

Juliana Luporini do Nascimento e aos professores da disciplina Saúde e Sociedade, por me ensinarem tanto, na minha experiência de PED. Agradeço imensamente aos alunos de medicina do segundo ano (na época) que me receberam com gentileza e que proporcionaram uma experiência singular, de muito aprendizado.

Agradeço a todos meus companheiros de mestrado, pessoas que levarei para sempre e que me ensinaram tanto sobre a força do SUS. Pessoas potentes, lutadoras, engraçadas e plenas de energia. Pessoas com quem compartilhamos saberes, não-saberes, experiências de diversas partes do Brasil. Em especial, ao Coletivo Mandacaru que brotou deste encontro de pessoas tão diferentes e tão iguais, neste paradoxo que é a vida (Jéssica, Carminha, Juliana, Thida, Vanessa, Luciana, Érika... vocês são pessoas ímpares e mais do que especiais).

Agradeço aos professores que compartilharam suas experiências e que nos acolheram extra-sala. Agradeço à generosa professora Solange L'Abbate e a todo o coletivo de Análise Institucional por me proporcionar tamanha honra de habitar o mesmo espaço de construção de vocês. Aprendi demais e espero manter-me por perto.

Agradeço aos professores que aceitaram o convite para a minha banca de defesa: Luciane Pezzato, Ricardo Pena, Nuncio Sól e Rubens Bedrikow, por compartilharem comigo suas experiências e serem tão receptivos ao meu convite.

Gostaria de dedicar um agradecimento especial a ela: minha orientadora Prof.^a Dr.^a Daniele Sacardo, a Dani, sem a qual nada disso seria possível. Mulher guerreira, posicionada, potente, firme... me ensinou tanto... as palavras não são capazes de descrever. Você me ensinou muito sobre a ética do cuidado na pesquisa, sobre a ética na vida acadêmica, sobre os encontros que transpõem as vaidades acadêmicas. Você não só compartilha conhecimento, mas escuta as experiências. Dividi com você muito mais do que minha pesquisa, você me ajudou a não desistir quando eu pensava que não conseguiria. Você é a protagonista desta história toda e sem você eu não sei como teria sido, se teria sido. Minha imensa gratidão a você por ser esta pessoa-humana que você é. Quantas Danieles Sacardos poderiam habitar os corredores acadêmicos, não? Acredito que a universidade seria muito mais florida, leve e militante!

Por fim, minha imensa gratidão aos trabalhadores participantes desta pesquisa que me acolheram, me respeitaram, abriram espaço para o diálogo e o aprendizado, disponibilizaram seu tempo para me receber e contribuir, direta ou

indiretamente, para o resultado produzido nesta dissertação. Pessoas que me fazem ter orgulho de ser servidora pública e me fazem ter orgulho do SUS. Sujeitos que buscam vida e criação diante do cenário político-econômico devastador.

Esta dissertação foi tecida por muitas mãos, muitas mentes e muitos corações. Eu apenas fui o canal de transcrição de algumas das inúmeras vivências que tivemos. Gratidão à vida por este ciclo que se encerra e que muito, muito me ensinou sobre a arte de produzir encontros potentes!

*A cada instante que passa
Sinto-me mais sabedora
E, com a sapiência deste aprendizado-saber,
Encaro o advir futuro do meu dia-a-dia!
(Orlando Picirilli)*

RESUMO

A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil historicamente foi negligenciada, no Brasil e no mundo. Porém, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) promoveram uma mudança de paradigma importante que é a compreensão de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos. A Portaria/GM nº 336/02 determinou, dentre as modalidades de atendimento, a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi ou CAPSij). Esta pesquisa, de caráter qualitativo, objetivou analisar a oferta de cuidados promovida por um Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil em transição para CAPSi, localizado em um município no interior do Estado de São Paulo, a partir do princípio da integralidade preconizado pelo SUS. O processo de transição convocou os trabalhadores para o agir criativo e para a desconstrução de modelos instituídos – desencadeando a sensação de estarem imersos no ‘olho do furacão’, como nomearam. Portanto, para a realização deste estudo, a entrada da pesquisadora em campo ocorreu por meio da Pesquisa-Intervenção e a análise dos dados produzidos foi construída à luz da Análise Institucional. Estes referenciais promoveram a possibilidade de encontro entre pesquisadora e sujeitos pesquisados permitindo a identificação dos desafios enfrentados pelo serviço, tais como: produzir cuidados que superem a lógica ambulatorial em um espaço físico restrito, ampliando a clínica de atenção à saúde mental infanto-juvenil mediante a construção coletiva dos projetos terapêuticos; promover acesso ao tratamento e integralidade no cuidado com defasagem de 12 profissionais; investir em apoio matricial diante da ausência de equipes de saúde mental na Atenção Básica, entre outros. Estes referenciais permitiram, igualmente, analisar as dinâmicas relacionais existentes entre os trabalhadores e as instituições que os inscrevem como, por exemplo, a impossibilidade de construção de diálogo aberto em espaços coletivos; produção, em alguns momentos, da lógica de uma clínica privada, mantendo o *status quo* dos núcleos de atuação. Contudo, apesar dos desafios estampados, esta pesquisa identificou e apontou as potências desta equipe que resistem à alienação do trabalho, como a criação de grupos de acolhimento, possibilitando a compreensão das necessidades de saúde dos usuários; a constituição de miniequipes, otimizando e intensificando os processos de trabalho; o investimento significativo em construções intersetoriais. Por fim, foi possível apontar para a macrogestão estratégias que favoreçam a implantação deste novo modelo de cuidado na atenção à saúde mental infanto-juvenil, como o investimento contínuo em supervisão clínico-institucional, a importância da constituição de equipes de saúde mental na Atenção Básica, o investimento em educação permanente, além do suporte material necessário para a construção do cuidado extramuros.

Palavras-chave: Serviço de Saúde Mental; Assistência Integral à Saúde; Acolhimento; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

The Child and Youth Mental Health Policy has historically been neglected in Brazil and in the world. However, the International Convention on the Rights of the Child and the enactment of the Child and Adolescent Statute (ECA) have promoted an important paradigm shift that is the understanding that children and adolescents are subjects of rights. The Portaria/ GM nº 336/02 determined, among the modalities of attendance, the creation of the Child and Youth Psychosocial Care Center (CAPSi or CAPSij). This qualitative research aimed at analyzing the care offered by a Child and Adolescent Mental Health Ambulatory in transition to CAPSi, located in a municipality in the interior of the State of São Paulo, based on the principle of integrality advocated by SUS. The transition process called on workers to act creatively and to deconstruct established models - triggering the sensation of being immersed in the 'eye of the hurricane', as they have named. Therefore, for the accomplishment of this study, the input of the researcher in the field occurred through the Intervention Research and the analysis of the data produced was constructed in the light of the Institutional Analysis. These references promoted the possibility of a meeting between researcher and researched subjects, allowing the identification of the challenges faced by the service, such as: producing care that surpasses the outpatient logic in a restricted physical space, expanding the clinic of attention to children's mental health through collective construction of therapeutic projects; promote access to treatment and integrality in care with the lag of 12 professionals; to invest in matrix support in the face of the absence of mental health teams in Primary Care, among others. These references have also allowed us to analyze the relational dynamics between workers and their institutions, such as the impossibility of constructing open dialogue in collective spaces; production, at times, of the logic of a private, maintaining the status quo of the actuation nuclei. However, despite the challenges posed, this research identified and pointed out the powers of this team that resist the alienation of work, such as the creation of host groups, enabling the understanding of the health needs of users; the constitution of miniequipes, optimizing and intensifying the work processes; significant investment in intersectoral constructions. Finally, it was possible to point out to macro-management strategies that favor the implementation of this new care model in the attention to children's mental health, such as the continuous investment in clinical-institutional supervision and the importance of the constitution of mental health teams in Primary Care, investment in permanent education, and the material support necessary for the construction of outside walls.

Keywords: Mental Health Services; Comprehensive Health Care; User Embrace; Child; Adolescent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Movimento precursor da Reforma Sanitária Brasileira no Estado de São Paulo	21
Quadro 2 – Linha do tempo da Reforma Sanitária Brasileira	33
Quadro 3 – Cenário histórico-temporal relacionado à saúde mental e à compreensão da loucura.....	34
Quadro 4 – Configuração do SUS, no município pesquisado	65
Quadro 5 – Serviços de Saúde Mental a serem implantados, conforme determinação do Ministério Público.....	66
Quadro 6 – Participantes desta pesquisa.....	71
Quadro 7 – Abordagens e ferramentas utilizadas na pesquisa, por serviços e participantes	83
Quadro 8 – Equipe atual e equipe prevista para CAPSi.....	88

LISTA DE SIGLAS

A.I.: Análise Institucional

AB: Atenção Básica

Abramge: Associação Brasileira de Medicina de Grupo

Abrasco: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AD: Álcool e outras Drogas

AIIS: Ações Integradas de Saúde

AMB: Associação Médica Brasileira

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASM: Ambulatório de Saúde Mental

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPSij/CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

Cebes: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNS: Conferência Nacional de Saúde

Conasems: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conasp: Conselho Nacional de Administração e Saúde Previdenciária

Conass: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Cosems: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

CR (ou ECR): Consultório na Rua (ou Equipe do Consultório na Rua)

CSM: Centro de Saúde Mental

DRS: Departamento Regional de Saúde

EC: Emenda Constitucional

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FBH: Federação Brasileira de Hospitais

GM: Gabinete do Ministro

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Inamps: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

MRS: Movimento da Reforma Sanitária
MS: Ministério da Saúde
NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
PAB: Piso da Atenção Básica
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS: Programa de Ações Integradas de Saúde
PEC: Programa de Extensão de Cobertura
PNH: Programa Nacional de Humanização
PREV-SAÚDE: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF: Programa de Saúde da Família
PTS: Projeto Terapêutico Singular
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RSB: Reforma Sanitária Brasileira
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBH: Sociedade Brasileira de Higiene
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SM: Saúde Mental
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SPA: Substância Psicoativa
SRAB: Serviço de Referência para Atenção Básica
SRT: Serviço Residencial Terapêutico
SUDS: Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TAC: Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	19
1.1 A Reforma Sanitária Brasileira	19
1.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	33
1.3 A Política do SUS: Atenção Básica e Saúde Mental	38
1.3.1 Centro de Atenção Psicossocial	44
1.4 Integralidade	45
1.5 Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil	57
2. CENÁRIO DO ESTUDO	64
3. OBJETIVOS	67
4. METODOLOGIA	68
4.1 Critérios para inclusão dos serviços pesquisados	69
4.2 Participantes da pesquisa	70
4.3 Referencial teórico-metodológico que conduziu a pesquisa	71
4.3.1 Pesquisa-intervenção	71
4.4 Ferramentas utilizadas na pesquisa	79
4.4.1 Observação participante	80
4.4.2 Diário de pesquisa	80
4.4.3 Entrevistas semiestruturadas individuais	82
4.4.4 Entrevista semiestruturada coletiva	82
4.4.5 Questionário eletrônico	82
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS	84
5.1 Análise da demanda	90
5.2 Alguns Analisadores	98
5.3 Análise de implicação dos trabalhadores	108
5.4 Análise de implicação da pesquisadora	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICE	144
ANEXOS	156

APRESENTAÇÃO

*Todo ser é potência
e a potencialidade de cada um
se desenvolve na relação
(Baruch Spinoza)*

Ingressar no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva não foi tarefa fácil, principalmente, porque eu desejava pesquisar muitos temas que faziam parte de meu cotidiano de trabalho. Além disso, eu me sentia muito perdida em relação aos caminhos que me levariam à academia (com exceção do processo seletivo), mesmo sendo docente de uma universidade particular há mais de um ano, naquele momento. Foi, então, que uma pessoa muito importante neste trajeto me fez a seguinte pergunta: “dentre tudo isso que você tem interesse em aprofundar, qual destes temas “toca” mais em você? “. Na mesma hora eu respondi: “apoio matricial”.

Na época em que esta conversa aconteceu, eu havia pedido demissão de um CAPSi há poucos meses e os efeitos da experiência do matriciamento estavam muito vivos em mim, pois se tratava de um dos processos de trabalho que mais me afetava, pelos desafios e pelas construções coletivas que mudaram significativamente minha maneira de articular a rede de saúde e, também, a rede intersetorial, me ensinando a ser mais ouvinte do que ‘especialista’ em saúde mental infanto-juvenil.

Com isso, elaborei o projeto de pesquisa para o processo de seleção do mestrado e, em 2016, iniciei minha jornada.

Posteriormente, foram nos encontros com minha orientadora que o meu objeto de pesquisa se ampliou para ‘integralidade’. Essa mudança ocorreu porque, com precisão cirúrgica, ela compreendeu que o pano de fundo de minhas inquietações era a ‘integralidade’ das ações em saúde mental, não somente o apoio matricial. Naquele momento toda a construção da pesquisa, que ainda estava nebulosa para mim, fez sentido.

Desta forma, comecei a gestar meu projeto intencionando comparar três municípios, incluindo Campinas/SP – que é a cidade onde nasci, vivi até alguns anos atrás e, principalmente, iniciei tanto minha trajetória como psicóloga, como minha

história com a Política de Saúde Mental. Mas, quando entendi que o tempo do mestrado é efêmero, precisei fazer uma escolha e, esta escolha, se deu a partir de meu posicionamento enquanto cidadã.

Poucos meses após minha mudança para o município pesquisado^a precisei realizar uma denúncia contra uma conduta médica, em uma das UPAs.

Enquanto cidadã, encontrei um bom agente das políticas públicas do outro lado: o assessor de imprensa da Secretaria Municipal de Saúde que deu seguimento ao processo. Eu não sabia, mas, aqui, começava-se a apontar algumas características locais que foram fundamentais para a análise desta pesquisa.

Esse evento se deu muito próximo ao fechamento do esboço de meu projeto, então, mobilizada pela conduta médica reprovável e, fundamentalmente, pelas inúmeras histórias de negligências médicas que chegaram até mim após esta denúncia, através de conhecidos, eu me perguntei: por que os médicos agem desta forma? Qual o lugar da gestão neste cenário? E, por que a população não se mobiliza?

O evento na UPA não tinha uma relação direta com a Política de Saúde Mental, mas, hoje, após analisar os dados, compreendi que este era (e é) apenas um dos sintomas pelos quais padecem as instituições de saúde deste município. Por esta razão, considerei importante registrar esta história, até porque ela está conectada diretamente com a minha implicação enquanto pesquisadora.

Pois bem, o atencioso assessor, mais uma vez, me orientou quando eu lhe enviei um e-mail solicitando ajuda, em relação ao meu projeto. Eu não conhecia absolutamente um profissional da rede de saúde e nem saberia por onde começar a fazer contatos. Foi, então, que ele me indicou o nome da Coordenadora de Saúde Mental que, desde o primeiro contato, sempre foi muito solícita e, sem ela, teria sido impossível prosseguir.

Nos reunimos pela primeira vez em meados de 2016. Foi através dela, também, que obtive os contatos dos coordenadores dos Ambulatórios de Saúde Mental (ASM).

Gentilmente, ela foi preparando o terreno para eu entrar, conversando com as unidades e com a gestora da Atenção Básica – outra personagem muito importante nesta história.

^a A identificação do município foi subtraída, em toda a dissertação, inclusive nos documentos anexos (através da inserção de tarjas), para preservar os participantes desta pesquisa.

Aos poucos fui compreendendo como o município estava estruturado e o impacto desta estruturação na vida da população. Não foram poucas as vezes em que precisei me distanciar, porque a cidadã se misturava à pesquisadora e era preciso voltar um passo e analisar minhas implicações.

Durante todo meu período de imersão no campo e de análise dos dados produzidos busquei, no limite de minhas resistências e contratransferências (ou, melhor dizendo, transversalidades), analisar-me enquanto sujeito-pesquisadora em relação constante com outros sujeitos que compõem este enredo.

1 INTRODUÇÃO

*Um amor, uma carreira, uma revolução:
outras tantas coisas que se começam
sem saber como acabarão.
(Jean-Paul Sartre)*

1.1 A Reforma Sanitária Brasileira

O que significa Reforma Sanitária Brasileira (RSB)? Qual o sentido deste movimento? Podemos afirmar que a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) coloca um ponto final sobre esta nova forma de operar o sistema público de saúde brasileiro?

Para entender a importância deste movimento político é preciso revisitar sua história. Porém, é importante saber que nem sempre o sentido atribuído a **RSB** está desanuviado. Contudo, dentre todas as tentativas de teorizá-la ou explicá-la, o que se pode concluir é que esta expressão aponta para uma evolução das propostas, até então, vigentes e não para sua perpetuidade¹.

Dizendo de outra forma, acredito ser possível afirmar que a RSB é um movimento com potência instituinte^b, em um cenário (ainda atual) de forças políticas e econômicas instituídas. Nas palavras de Paim²:

“É possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constituintes: a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado*, e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;

^b Os conceitos ‘instituído’ e ‘instituinte’ serão abordados no capítulo sobre ‘metodologia’. Porém, importante esclarecer que o instituinte se configura enquanto movimento dinâmico, vivo, com potência de transformação; enquanto que o instituído são as ações cristalizadas, sem potência de vida.

c) *democratização da sociedade e da cultura*, alcançando os espaços da reorganização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’ em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral”.

Essa concepção nos aponta que o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) não fez da criação do SUS um fim em si mesmo. O SUS é **parte** da Reforma Sanitária, mas não o todo, porque o **todo** envolve a busca ininterrupta pela garantia de direitos, entre eles, o direito à saúde – indissociável do direito à cidadania – e o direito a uma sociedade justa. Logo, passamos a compreender que este processo não acabou.

Para apontar o mínimo, a sociedade brasileira não alcançou a justa distribuição da riqueza e, ainda, não pertence a um país cumpridor de seu dever de garantir acesso à saúde a todos os brasileiros – consequência de uma sociedade desigual. Portanto, a reforma não está concluída e, sinceramente, talvez nunca esteja.

Com isso, a RSB se mantém como movimento, no sentido de que a vida (individual, social, política) é constituída de ciclos que começam e que terminam para, então, anunciarem outro ciclo, que começa e que termina, dando espaço para uma outra etapa e, assim, continuamente. Novamente, nas palavras de Paim² a RSB é “uma ideia – proposta – projeto – movimento – processo, ou seja, um ciclo como representação de um fenômeno histórico e social”.

Longe de pretender descrever a gênese da RSB – uma vez que, como afirma Foucault³, toda história de um conceito é também a história de todos os campos que o influenciaram – a ideia é, a partir da contribuição de diversos autores, apresentar uma sequência temporal de acontecimentos que antecederam o Movimento da Reforma Sanitária.

O primeiro autor a nos conduzir pelo ‘ciclo-movimento’ precursor da RSB é Merhy⁴, ao retratar o processo histórico do Estado de São Paulo que, segundo ele, significou influência valorosa sobre os movimentos sanitários de 1970. Esse retrato encontra-se sintetizado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Movimento precursor da Reforma Sanitária Brasileira – São Paulo

TEMPO	HISTÓRIA
1890 - 1903	Criação do Instituto Vacinogênico; do Laboratório Bacteriológico; do Serviço de Desinfecção; do Instituto Butantã; do 1º Código Sanitário; e do Serviço Sanitário Estadual – este último, configurou-se como “principal órgão governamental de gestão dos serviços de saúde” até a década de 1930, quando se formou a Secretaria de Educação e Saúde Pública ⁴ .
Até 1910	<p>A “bacteriologia” era o eixo centralizador das ações dos sanitaristas deste período. Deste modo, quando uma questão era eleita socialmente como um problema de saúde pública, toda a estrutura para sua assistência era organizada, objetivando combater as epidemias, a partir de atividades campanhistas que se assemelhavam às ações da polícia sanitária⁴.</p> <p>Personagem importante deste período histórico: Emílio Ribas, que “participou decisivamente na formação, não só de uma máquina pública dotada de legitimidade para intervir no campo das ações coletivas de saúde, mas, também, na formação de uma geração de profissionais – os higienistas/sanitaristas”⁴.</p>
1916 – 1920	<p>Fase de transição na busca por um novo projeto na área da saúde.</p> <p>Personagem importante deste período histórico: Arthur Neiva, que passou a dirigir o Serviço Sanitário Estadual.</p> <p>1918: Criação da Inspetoria de Profilaxia Geral – órgão responsável pelos ambulatórios especializados.</p> <p>Surgimento do Movimento Campanhista/Vertical Permanente, constituído por seguidores do modelo “campanhista/policial”, que compreendiam esses serviços especializados como a “própria finalidade das ações sanitárias, procurando ‘modernizar’ as ações campanhistas”, combatendo as epidemias, ou estando alertas em relação aos episódios epidêmicos, organizando-se a partir de problemas singulares, que passavam a ser tomados como fenômenos coletivos⁴.</p> <p>Outro personagem importante deste período: Belisário Pena.</p> <p>A gestão de Arthur Neiva introduziu novos serviços que se efetivaram a partir de uma rede de ambulatórios permanentes (especializados), consolidando um novo momento para os serviços públicos de saúde.</p> <p>O modelo tecno-assistencial seguiu ampliando a rede de serviços, a partir dos serviços públicos estaduais.</p>
1920 - 1930	<p>Período de importantes embates entre as diversas correntes e movimentos.</p> <p>Personagem importante deste período: Geraldo de Paula Souza, com fortes críticas aos serviços estaduais e suas ineficiências, tomou a frente do Serviço Sanitário Estadual, em 1922.</p> <p>1923: Fundada a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH), com direção de Carlos Chagas.</p> <p>1925: Embora esse ano tenha sido um marco na reformulação dos serviços públicos de saúde, nenhum modelo novo chegou a ser introduzido. O que se via eram diferentes tipos de serviços coexistindo no mesmo estabelecimento e, por esta razão, esta década foi palco de inúmeros embates: havia diferentes correntes e movimentos disputando o conteúdo das políticas. Correntes, estas, associadas aos movimentos</p>

	<p>‘campanhista/policial’, ‘campanhista/vertical permanente’ e ‘rede local permanente’.</p> <p>1927 – 1930: Waldomiro de Oliveira, sucessor de Paula Souza, apostou numa atuação da Saúde Pública no campo da Assistência Social, pois considerava necessário o combate à pobreza e à população pobre interrompendo, assim, o processo de reorganização dos serviços de Saúde Pública e preconizando “uma atuação específica do poder público no campo do assistencialismo social”⁴.</p> <p>1929: Acontece o V Congresso Brasileiro de Higiene que, assim como os quatro anteriores ocorridos nesta década, foi organizado pela SBH. Por conta da diversidade de serviços existentes, dois pontos cruciais foram abordados nesse congresso: a questão referente aos “tipos de organização sanitária” e a “constituição de um Ministério específico para a Saúde Pública”⁴.</p> <p>Personagens importantes deste período histórico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ernani Agrícola 2) Waldomiro de Oliveira <p>Nesse congresso, estes dois personagens apresentaram ideias antagônicas: o primeiro deles, Agrícola, defendeu que os Centros de Saúde deveriam funcionar como uma unidade com ações integrais e compor uma vasta rede de atenção básica municipalizada e estruturada a partir do conceito de regionalização, hierarquização e descentralização. O segundo, Oliveira, tomava o Centro de Saúde como unidade especializada, autônoma administrativa e tecnicamente, com foco em ações de higiene e educação sanitária, configurando-se em serviços verticais especializados e permanentes.</p>
1930	<p>Francisco Sales Gomes Jr. assumiu a direção do Serviço Sanitário Estadual e elaborou três Decretos, sendo um deles (o Decreto nº 4891) muito semelhante à proposta de Waldomiro de Oliveira: o modelo vertical permanente especializado.</p> <p>Esse modelo associou-se efetivamente a outros projetos verticais, “cumprindo um particular papel na ‘missão’ de responder às necessidades da extensão de cobertura por cuidados médicos e sanitários”⁴.</p>
1948	<p>Houve um forte crescimento da medicina previdenciária e a expansão da rede local de Centros de Saúde, por conta da pressão vinda de uma sociedade que vivenciava o ônus e o bônus da industrialização e da urbanização, carecendo de acesso aos serviços de saúde, uma vez que estes vinculavam-se aos serviços da previdência, excluindo todos os cidadãos sem trabalho formal.</p>

Fonte: Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. 2. ed. Hucitec: São Paulo, 2006; p. 67 - 210.

Seguindo na tarefa de apresentar um fluxo histórico-temporal, entramos mais precisamente nas décadas áureas do Movimento Sanitário Brasileiro. Importante registrar que o cume deste movimento se deu em meio à sangria promovida pela ditadura militar - o que nos convida a refletir sobre a implicação destes atores-protagonistas, sujeitos coletivos (e individuais), na luta pela superação da violência estatal e, ainda mais, na luta pelo reestabelecimento da democracia e da liberdade

neste país. Este fato corrobora com nossa compreensão de que o MRS se encontra para além da conquista do SUS.

▪ **Década de 1960:**

Inauguração de Brasília. Em 1961, João Goulart assumiu a Presidência da República, após a renúncia de Jânio Quadros.

Em 1 de abril de 1964, o Golpe Militar deu início ao período ditatorial, que somente findará em 1985.

▪ **Década de 1970:**

Os anos de 1970 começaram com discussões inauguradas na década anterior, a respeito da ampliação da cobertura dos serviços de saúde.

Houve forte crítica à Medicina Preventiva que, segundo Arouca⁵, “caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse esta prática”.

Prossegue o autor⁵:

“O movimento preventivista, em síntese, possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações. [...] dada a articulação da medicina com o modo de produção capitalista, a Medicina Preventiva surge como uma disciplina-tampão que, referindo-se a uma mudança da prática médica, em última instância contribui para a manutenção da articulação referida, oferecendo-se como um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações. [...] Assim, propondo-se como um movimento de mudança, na realidade, a Medicina Preventiva constituiu-se em um sistema conservador das estruturas da prática médica existente”.

Seguindo na ordem política, o governo de Geisel criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e os Programas de Extensão de Cobertura (PECs) que, inspirados na medicina comunitária:

“apresentavam-se com uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos do consumo médico (...) a expansão dos PECs, no entanto, deveria ser programada de tal modo a não incidir sobre os interesses privados cristalizados no setor saúde”².

Cabe destacar que a medicina comunitária, segundo Paim (1976, 1986), Mello (1979), Andrade (1995) e Conill (2009) citado por Sól⁶:

“surge/ressurge na década de 1960 nos Estados Unidos, em função da ‘crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados’ (CONILL, 2009, p. S8) apresentando dois sentidos: 1. preencher lacunas entre a medicina de empresa e a medicina pública, sendo executada por agências voluntárias ou órgãos estatais; 2. operacionalizar o movimento de medicina preventiva, articulada às escolas médicas”.

No Brasil ela é denominada Medicina Geral Comunitária (MGC)⁶.

Na vigência do Ato Institucional nº5 (AI-5) – que teve início em 1968 e findou-se em 1978 – os movimentos sociais ressurgiram, compostos por múltiplos atores (classe trabalhadora, estudantes, setores populares, intelectuais, profissionais da classe médica), para enfrentar as forças autoritárias. Nesta época, de crise sanitária e de impossibilidade do Estado em lidar com ela, nasce o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, promovendo iniciativas fundamentais para o movimento sanitário².

A segunda edição da revista Saúde em Debate expressou a necessidade da saúde como um direito de todos, e a edição seguinte apresentou inúmeras menções a uma Reforma Sanitária. Assim, “a partir desse momento começa a se elaborar a *proposta* da Reforma Sanitária, enfatizando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção”².

Pela primeira vez surgiu a proposta de criação do SUS, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, protagonizado pelo Cebes, acendendo o avanço na ideia de uma reforma e caminhando rumo à sua efetivação².

Em 1978 ocorreu a Conferência Alma-Ata, com a proposta de ‘Saúde Para Todos no ano 2000’ tomando como norte a Atenção Primária à Saúde.

A Declaração de Alma-Ata fundamentou significativamente as questões sobre o “direito à saúde, o papel do Estado e a atenção primária, como porta de entrada ao sistema de saúde”⁷.

Em 1979, foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) – que, em 2011, mudou seu nome para Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

▪ **Década de 1980:**

Em decorrência da crítica à Medicina Preventiva houve uma aproximação com a Medicina Social, culminando na constituição de um campo chamado Saúde Coletiva² e,

“no caso específico da América Latina, a construção, nos últimos 20 anos de um movimento denominado Saúde Coletiva tem permitido o diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a saúde pública institucionalizada, seja na esfera técnico-científica, seja no terreno das práticas”⁸.

A Saúde Coletiva supera o modelo biológico e a clínica médico-centrada, privilegiando as atuações interdisciplinares – especialmente as relacionadas à epidemiologia, ao planejamento e administração de saúde, e as ciências sociais – organizadas em quatro ações: política (“como forma de distribuição de poder”), prática (“em relação às mudanças comportamentais, produção de conhecimento, questões relacionais e profissionais”), técnicas (“a organização e a regulação dos recursos e processos produtivos”) e instrumentos (“meios de produção de intervenção”), segundo Paim e Almeida⁸, preocupando-se com a Saúde Pública no sentido “de uma saúde do público”, “rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico” (Birman, 1991 citado por Nunes⁷).

A VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, surpreendentemente – por conta do regime autoritário – tornou-se um marco no discurso democrático social. Nesta conferência foi lançado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que, segundo Paim²:

“tratava-se de um grande PEC, tendo em vista os 40 milhões de brasileiros excluídos do consumo médico e o controle de certas endemias, mas como política racionalizadora visava o reordenamento do setor saúde para responder aos custos crescentes dos serviços”.

Este programa foi bem recebido pelos profissionais da saúde – compreendido como uma conquista – mas passou a enfrentar a oposição do próprio

governo que estava articulado com quem muito se beneficiava da crise do momento: a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e a Associação Médica Brasileira (AMB), além, é claro, das indústrias farmacêuticas e alimentícias².

Nesta época, os brasileiros estavam divididos em três categorias: 1) os que podiam pagar pelos serviços de saúde; 2) os que tinham direito à assistência em saúde prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - Inamps^c; e 3) os que não tinham nenhum direito sobre o acesso à saúde⁹.

O início dos anos 80, marcado pela crise financeira da Previdência Social, por conta do aumento do desemprego, da recessão e aumento da dívida pública, inevitavelmente, submergiu o governo numa crise de legitimidade diante da sociedade, obrigando-o a dar ouvidos aos segmentos sociais e a “recorrer a algumas medidas” como a criação do Conselho Nacional de Administração e Saúde Previdenciária – Conasp – que era constituído por representação mista entre Estado e sociedade – com predominância desta última “embora com sub-representação da classe trabalhadora”¹⁰. O papel do Conasp era organizar e aperfeiçoar a assistência médica, elaborando critérios para a racionalização dos recursos financeiros que eram destinados ao Inamps¹⁰.

No início, a proposta de racionalização dos recursos da Previdência centrou-se na restrição das pensões – uma das grandes pedras no caminho do governo, que enfrentava pressões de todos os lados: trabalhadores, movimentos sociais e empresários. Segundo Paim², enquanto pôde, o governo adiou decisões relacionadas ao tema, até que teve de apresentar o “pacote da Previdência” que, em meio às propostas de reordenamento dos serviços de saúde, tentava manter em pé seus interesses políticos e econômicos. Foi, então, que criaram o Plano Conasp que “trazia o reconhecimento do aparelho previdenciário como ‘pilare sustentador da paz social’”².

Neste momento, lembra o autor, a Abrasco manifestou-se afirmando ser necessário analisar criticamente este plano, uma vez que a saúde, enquanto direito, está vinculada à participação social, assim a reformulação dos serviços deveria contar com os trabalhadores e profissionais da saúde – estamos falando de 1982, quatro anos antes da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

^c Inamps: regime previdenciário que se extinguiu em 1993, na gestão de Itamar Franco.

Ainda em 1982, criou-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), vinculado ao Inamps que, em 1984, passou a envolver também o Ministério da Saúde e Educação².

As Ações Integradas de Saúde (AIS), embora conservadoras,¹⁰ eram necessárias (porém, não suficientes) e foram consideradas estratégias importantes para reorientar as políticas de saúde e os serviços (Paim, 1986a citado por Paim²).

Carlos Santana que “ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde”, intentava transferir o Inamps para o Ministério da Saúde, mas a Previdência estava sob a direção da oposição, então, “na calada da noite, Carlos consegue um Decreto que autoriza Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde”, porém, Waldir Pires – na época, Ministro de Previdência – vetou este Decreto alegando que, uma vez que o Inamps pertencia aos trabalhadores, estes deveriam participar desta decisão e, então, foi convocada a VIII CNS (Arouca, 2002 citado por Paim²).

Esta conferência contou com 3 eixos norteadores: 1) saúde como direito inerente à cidadania; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3) financiamento, endossando a luta pelo direito de todos os brasileiros ao acesso à saúde, tendo o Estado o dever de provê-la e, então, recomendando ao final a criação de um sistema descentralizado e democrático: o SUS.²

Em relação à disputa pela Previdência Social, a VIII CNS considerou importante manter a cisão – logo, não integrá-la ao Ministério da Saúde – apontando que, esta, “deveria se encarregar das ações próprias de ‘seguro social’ (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas”¹¹.

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização de saúde que, naquela época, cunhou-se o nome de Reforma Sanitária (Paim, 1987b citado por Paim²).

Contudo, a VIII CNS não propôs um texto formal para a nova Constituição Federal, que estava sendo desenhada². Então, ainda em 1986 no Rio de Janeiro, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva que, com base no relatório final desta conferência, aprovou uma proposta como contribuição à Constituinte. Esse encontro ficou conhecido como “um momento privilegiado para identificação do

encontro entre a prática teórica e política e para demonstrar a organicidade entre Saúde Coletiva e RSB²”.

Além desta, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária – composta também por representantes do setor privado – igualmente exibiu um texto para a composição da política de saúde na Constituição Federal².

No ano seguinte, o Inamps emitiu quatro folhetos que sustentavam o debate em torno da Reforma Sanitária: o primeiro, apontava diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde, incluindo a proposta dos Distritos Sanitários; o segundo, reunia três documentos, com foco na questão da democratização e, novamente, o apontamento para o Distrito Sanitário – que culminou no terceiro folheto; e, por fim, o quarto folheto, de caráter oficial, apresentava os motivos e o Decreto presidencial sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS)².

“Essas iniciativas do Inamps, além de contribuírem com desenvolvimentos técnico-institucionais para a integralidade da atenção, como era o caso dos Distritos Sanitários (...) configuravam, também, uma *estratégia-ponte* para a construção do SUS e um movimento tático para a implosão programada do Inamps”².

Engana-se quem pensa que, a partir de então, os rumos foram seguidos com vistas ao progresso. Como é de se esperar, com base em todo o processo histórico descrito até aqui, resistências ocorreram. Resistências estas que partiram de “setores nitidamente à direita e de segmentos que há muito tempo estavam acostumados a sequer cumprir sua carga horária” (Vasconcelos, 1988, p. 5 citado por Paim²).

Mas a luta segue, resistindo às resistências e, em 1988, finalmente, foi promulgada a nova Constituição Federal Brasileira – também conhecida como Carta Magna – que oficializou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, segundo o Art. 196¹².

Esta década assistiu uma crescente movimentação social em volta das políticas públicas, em especial a saúde, que passaram a ser compreendidas, pela sociedade, como um direito indissociável à cidadania¹³.

▪ **Década de 1990:**

Em março, o Decreto nº 99.060 transferiu o Inamps para o Ministério da Saúde. Isso se deu anteriormente à promulgação da Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080/90⁹, sancionada em setembro de 1990.

Essa Lei, apesar de ter sofrido nove vetos integrais e cinco vetos parciais, foi complementada pela Lei 8.142, do mesmo ano, que oficializou a participação social no SUS².

Sobrevivendo ao governo Collor – destituído de seu cargo presidencial em 1992 – Itamar Franco, seu sucessor, a partir de conversas com as lideranças do movimento da RSB, extinguiu formalmente o Inamps, em 1993, além disso, estabeleceu relação com movimentos sociais, avançou na aplicação da NOB 93 – que objetivava organizar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços para a construção do SUS – e criou o Programa de Saúde da Família (PSF), além de iniciar diálogos sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobre os medicamentos genéricos e sobre a regulação do Sistema de Assistência Médica Suplementar².

Contudo, todos esses avanços não impediram o SUS de sentir grandes dificuldades, principalmente nos anos de 1993 e 1994 quando (a partir da extinção do Inamps) não contava com uma fonte de financiamento segura e permanente, capaz de fazer cumprir os compromissos previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde que o instituiu⁹.

Essa falta de recursos foi resultado da ausência de organização e lógica própria para financiar a assistência à saúde, vinculada ao funcionamento do Inamps. Com isso, foi necessário um grande remanejamento dos recursos pelos estados.⁹

Seguindo na organização deste que é “considerado o maior programa de inclusão social do mundo”¹⁴, em 1996 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB 01/96) que redefiniu o modelo de gestão do SUS, buscando viabilizar a atenção integral e direcionando aos municípios a responsabilidade pela execução desta política, permanecendo os governos estaduais e federal como corresponsáveis¹⁵.

Em 1997 foi publicada a Portaria 1882/GM, que estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB), que são os recursos financeiros destinados aos gastos de saúde dos municípios, no que se refere às ações da Atenção Básica. O piso pode ser fixo ou variável. No caso do PAB fixo, o município recebe investimento, per capita, para executar a assistência básica; enquanto que o PAB variável busca incentivar a

adesão dos municípios a programas específicos como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por exemplo¹⁶.

Para completar nossa compreensão em relação aos avanços que se seguiram, abaixo, encontram-se ordenadas algumas das Portarias e legislações aprovadas também nesta década:

- Portaria GM 1886/97: dispõe sobre normas e diretrizes do PACS e do PSF¹⁷;
- Portaria GM 3916/98: define a Política Nacional de Medicamentos, cujo propósito essencial é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”¹⁸.
- Portaria GM 3925/98: aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS¹⁹;
- Lei 9.782/99²⁰: cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
- Lei 9.787/99²¹: estabelece o medicamento genérico;
- Portaria GM 176/99²²: estabelece critérios para qualificar municípios e estados em relação ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica;
- Portaria GM 1.077/99²³: cria o Programa de Aquisição dos Medicamentos para a Área da Saúde Mental.

▪ **Década de 2000:**

Enfim, chegamos aos tempos atuais. Esta década começa com uma árdua e significativa conquista que, assim como a RSB, também foi impulsionada por movimentos sociais e de trabalhadores: a promulgação da Lei nº 10.216, em 2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas em importante sofrimento psíquico, redirecionando a assistência à saúde mental – até então asilar e manicomial – para um cuidado junto à sociedade (este tema será abordado mais profundamente na seção a seguir).

Além desta conquista, outras legislações importantes para a consolidação da saúde como direito social foram publicadas:

- Lei 9.961/00²⁴: cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Emenda Constitucional nº 29 (EC-29): determinou a vinculação das receitas dos três níveis (Federal, Estadual e Municipal) para o SUS, sendo, o nível federal ainda responsável pela maior parte do financiamento, embora haja dados referentes ao aumento da adesão dos municípios, a partir da habilitação em duas condições de gestão municipal⁹;
- Em 2001 entrou em vigor a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/01, que definiu estas condições como: a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e b) Gestão Plena do Sistema Municipal. Para que o município se habilite na primeira gestão é preciso assumir a responsabilidade pela atuação em determinadas áreas estratégicas como “controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal”⁹. Porém, na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município recebe “o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território”⁹;
- Portaria GM 393/01²⁵, instituiu a Agenda de Saúde, definindo os eixos prioritários a serem planejados: a) redução da mortalidade infantil e materna; b) controle de doenças e agravos prioritários; c) reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; e f) qualificação do controle social;
- Portaria GM 373/02²⁶: criou a NOAS/SUS 01/02, que amplia a responsabilidade dos municípios em relação à AB e, entre outros, estabelece a regionalização como processo para a hierarquização do sistema;
- Em 2003 o governo lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS – que busca provocar mudanças nas formas de gestão do cotidiano dos serviços, garantindo o cumprimento dos princípios do SUS;
- Em 2006 foi criado o Pacto pela Saúde, constituído de inúmeros compromissos a serem assumidos pelas gestões municipal, estadual e federal que serão anualmente revistos, implicando no “exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS”²⁸;
- Portaria GM 2.529/06²⁹: instituiu a internação domiciliar, pelo SUS;

▪ Portaria 1.820/09³⁰, estabeleceu os direitos e deveres dos usuários do SUS e reiterou que o acesso ao sistema se dará preferencialmente pela Atenção Básica.

Por fim, ainda há inúmeras outras publicações que representam a convocação para o cumprimento das doutrinas e princípios do SUS, idealizados muito antes da década de 1960, como vimos em Merhy⁴ e que, ainda hoje, permanecem neste ciclo-movimento de construções e retrocessos. A legitimidade do SUS “depende muito de seu desempenho concreto, de sua efetiva capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas”, porém, as questões de interesses privados, a baixa capacidade de gestão do sistema, “tudo depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas”³¹.

Como demarca Paim²:

“Se a reforma geral prometida está por se realizar a RSB contribuiu, todavia, para a difusão da consciência do direito à saúde, vinculado com a cidadania e para a realização parcial de uma reforma democrática de Estado, sobretudo, ao criar dispositivos de participação social e controle público sobre o Estado e Governos (Conselhos e Conferências de Saúde), de descentralização e pactuação das relações intergovernamentais no contexto da Federação (CIT, CIBs^d, Normas Operacionais, Pactos da Saúde)”.

A linha do tempo, a seguir, sintetiza os principais eventos destacados neste capítulo:

^d CIT: Comissão Intergestores Tripartite composta, paritariamente, por representações do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e por representação do Ministério da Saúde (MS).

CIB: Comissão Intergestores Bipartite composta, paritariamente, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Quadro 2 – Linha do tempo da Reforma Sanitária Brasileira

TEMPO	HISTÓRIA
Década de 1960	Inauguração de Brasília. Em 1964: aconteceu o golpe militar.
Década de 1970	Crítica à Medicina Preventiva. Iniciou-se o processo de elaboração da proposta da RSB e surgimento da proposta do SUS. Em 1976: criou-se o Cebes. Em 1978: Declaração de Alma-Ata. Em 1979: criou-se a Abrasco.
Década de 1980	Aproximação da Medicina Social culminando na criação do campo da Saúde Coletiva. Em 1980: ocorreu a VII CNS, no qual foi lançado o PREV-SAÚDE. Forte crise financeira da Previdência Social, promovendo a criação do Conasp e, em seguida, do Plano Conasp, em 1982. Em 1982: criaram-se, também, o Conass e o PAIS. Em 1985: fim do regime da ditadura militar. Em 1986: VIII CNS, com recomendação para a criação do SUS. Em 1986: I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que aprovou proposta de contribuição à Constituinte que estava sendo desenhada. Em 1988: promulgação da nova Constituição Federal Brasileira, que oficializou a saúde como direito de todos e dever do Estado.
Década de 1990	Em 1990: Promulgação da Lei nº 8.080 e da Lei nº 8.142. Em 1993: extinguiu-se o Inamps, criou-se o PSF, iniciou-se diálogos sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 1996: publicou-se a NOB 01/96. Em 1997: publicou-se a Portaria GM nº 1.882 e demais Portarias que contribuíram para o avanço e consolidação do SUS.
Década de 2000	Em 2001: promulgou-se a Lei nº 10.216, no campo da Política de Saúde Mental. Ampliou-se a responsabilidade dos municípios em relação à AB. Em 2003: lançou-se a PNH. Em 2006: criou-se o Pacto pela Saúde. Publicadas diversas Portarias vinculadas à manutenção e ampliação do SUS.

Fonte: Elaboração própria

1.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Concomitantemente ao Movimento Sanitário Brasileiro, o Movimento da Luta Antimanicomial tomou força e fôlego para enfrentar resistências, superar o

modelo asilar e hospitalocêntrico que predominava no país, dando início à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para entender a história da saúde mental no Brasil é preciso voltar alguns séculos. Novamente, não pretendo tecer longas explanações, mas, sim, localizar o leitor no cenário histórico-temporal relacionado à saúde mental, ou, mais precisamente à loucura.

Este contexto histórico está descrito no quadro a seguir:

Quadro 3 – Cenário histórico-temporal relacionado à saúde mental e à compreensão da loucura

TEMPO	HISTÓRIA
Idade Média	Surgimento dos hospitais com função caritativa, ofertando abrigo, alimento e assistência aos pobres e doentes.
Século XVII	O Rei da França (em 1656) determinou a criação do Hospital Geral em diversas cidades de seu reino. Neste momento houve a grande transformação dos hospitais, que perderam seu caráter filantrópico e tomaram um caráter policialesco. Com o surgimento do Hospital Geral, as internações eram determinadas pelas autoridades locais. Foi quando, também, este espaço passou a se consolidar como estabelecimento médico.
Século XVIII	<p>Século da Revolução Francesa, com forte impacto na medicina e na concepção de saúde. Surgiu um personagem importante, que participou desta revolução: Philippe Pinel – médico conhecido como pai da psiquiatria. A tecnologia do final deste século era a disciplina. A substituição da sociedade monárquica e do clero (anterior à Revolução Francesa) pela sociedade disciplinar deu às instituições um novo papel: “a disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social, a normalização dos cidadãos”³².</p> <p>Como descreve Foucault³³ era preciso cuidar da boa conduta e da ordem. Influenciado pela Revolução Francesa, Pinel então propõe a “liberdade” aos loucos, o que significava seu desacorrentamento, e não sua soltura. As pessoas, no entendimento da época, alienavam-se por conta da sociedade, logo, deveriam ser mantidas afastadas dela. Eis que nasce o hospital psiquiátrico. Ainda, Foucault³³ criticamente nos lembra que “é lá [entre os muros do internamento] que eles (Pinel e seus seguidores) os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado’”. Pinel não compreendia a loucura como uma doença da mente, mas, como uma alienação mental, provocada pelo distúrbio das paixões, que produziam desarmonia e dificultava a percepção da realidade. Sendo, portanto, desarmonia, os sujeitos não eram considerados completamente fora da razão. Portanto, o tratamento indicado na época em que prevalecia a moral e a conduta disciplinar era o trabalho, ou como Pinel nomeou, “o trabalho terapêutico”³².</p>

Século XIX	Segundo Amarante ³² “principalmente após a promulgação da Lei francesa de 30 de junho de 1838, a primeira Lei de assistência aos alienados de toda a história, vários hospitais de alienados foram criados nos mais diferentes países, reproduzindo os princípios e as estratégias adotadas e estimuladas por Philippe Pinel”. No Brasil, entre 1500 e 1822 (período colonial), os “alienados” não possuíam qualquer assistência. Mesmo os que se encontravam nas Casas de Misericórdia permaneciam isolados em porões. A prática da psiquiatria, inspirada no modelo francês, somente surgiu em 1852, com a fundação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro ³⁴ , vinculado à Santa Casa da Misericórdia.
	Amarante ³² explica que com a superlotação das instituições asilares, com a impossibilidade de definir loucura e sanidade e com as constantes violências a que eram submetidos os sujeitos enclausurados, os hospitais psiquiátricos foram perdendo a credibilidade. Então, a primeira saída foi criar ‘colônias de alienados’, construídas em áreas rurais/agrícolas, para que as pessoas pudessem permanecer laborando. No Brasil, as primeiras colônias surgiram logo após a Proclamação da República ³² .
Século XX	As duas Guerras Mundiais abriram discussões valorosas a respeito da vida humana. Foi quando, após a II Guerra Mundial, a sociedade finalmente percebeu que a clausura do manicômio e toda violência nela perpetrada se assemelhava aos campos de concentração nazistas. Com isso, foi dado o primeiro passo para, o que ulteriormente viria a ser, a reforma psiquiátrica ³² .

Fonte Principal: Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007, p. 21– 59.

As experiências da reforma psiquiátrica foram tomando forma em diversos países. Algumas mais exitosas que outras, ainda influenciam o modelo atual.

As experiências que se destacaram foram: a **Comunidade Terapêutica** e a **Psicoterapia Institucional** – que propuseram uma nova leitura das ações interventivas a partir da relação hospital-sujeito, ou seja, estas propostas defendiam que era preciso mudar a relação de tratamento que os estabelecimentos hospitalares exerciam sobre as pessoas; a **Psiquiatria de Setor** – que pregava o discurso de que era preciso “adotar medidas de continuidade terapêutica após alta hospitalar, de forma a evitar a reinternação ou mesmo a internação de novos casos”, passando a criar os Centros de Saúde Mental (CSM) distribuídos por várias regiões da França – aparecendo, pela primeira vez na história da psiquiatria, a concepção de regionalização³²; a **Psiquiatria Preventiva** – nos Estados Unidos, conhecida também como Saúde Mental Comunitária, contexto em que começou a surgir o conceito de desinstitucionalização^e, ou desospitalização, também enfocou os CSM, além de

^e Segundo Luzio³⁶ “a noção de *institucionalização* engloba um complexo de ‘danos’ decorrente da submissão do doente internado, de forma compulsória e por tempo indeterminado, ao autoritarismo e à coerção do manicômio. Esses danos se caracterizam por uma perda de interesse por si mesmo e pelo mundo, em consequência de um processo de regressão e restrição do EU (...) é importante destacar aqui que as noções de *desinstitucionalização*, de

oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospital geral, visando tornar o hospital um espaço em desuso (porém, esta experiência acabou por promover aumento significativo na demanda dos serviços de saúde mental, inclusive dos hospitais psiquiátricos); **Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática** – que diferentemente das anteriores, defendiam que o **modelo científico** deveria ser questionado, não somente a forma de tratamento dentro dos estabelecimentos hospitalares.

A Antipsiquiatria

“procurava apontar para a ideia de uma antítese à teoria psiquiátrica, propondo compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade”³².

Esse movimento “supunha a inexistência de doenças mentais e acreditava que a nosologia médica psiquiátrica não passava de um conjunto de rótulos apropriados apenas para invalidar os sujeitos”³⁵. Para eles, o fenômeno da loucura era apenas um estilo de viver e não uma patologia e, por essa razão, todos os tratamentos, incluindo os hospitalares, deveriam ser abandonados.

A Psiquiatria Democrática, cujo protagonista principal foi Franco Basaglia, inspirou fortemente a reforma psiquiátrica em diversos países, em especial no Brasil.

Basaglia, psiquiatra italiano, atuou como diretor do manicômio em Gorizia entre 1965 e 1966. Foi nesta época que ele, influenciado pelas experiências das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, passou a desenhar outra forma de cuidado e tratamento ao sujeito em sofrimento psíquico. Com o tempo, ele abandonou estas duas correntes e passou a tomar como norte a abertura das portas dos estabelecimentos asilares e o rompimento dos modelos violentos de tratamento. Iniciou-se, portanto, uma luta política em busca de uma efetiva transformação social, não mais reduzida à mudança do modelo de cuidado dentro dos hospitais psiquiátricos³².

O movimento da Psiquiatria Democrática de Basaglia implicou em criação de dispositivos de cuidado como: os hospitais abertos, os centros de atenção psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas. Esses novos dispositivos inspiraram a reforma psiquiátrica brasileira, que teve início no final da década de 1970, com o

institucionalização e de poder institucionalizante não mantém relação com os conceitos do Institucionalismo”.

Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que denunciavam as violências e as precárias condições dos manicômios no país.

A partir daí iniciaram-se diversos outros movimentos e eventos para discutir a realidade brasileira nascendo, a partir do I Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, o Movimento da Luta Antimanicomial. As propostas chegavam, aos poucos, ao governo. Documentos foram redigidos, apontando diretrizes para um tratamento extra-hospitalar que focasse a reintegração social e familiar dos sujeitos privados de sua liberdade.

Esse movimento se uniu ao movimento sanitário, como vimos, que reivindicava outro modelo de saúde pública no país. Foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, nessa época: uma em 1987 e a outra em 1992. Em 1989, o projeto de Lei nº 3657, do Deputado Federal Paulo Delgado, começou a tramitar no Congresso (sendo aprovado, somente, em 2001). Esse projeto, embasado na Lei italiana, objetivava o fim dos manicômios e a construção progressiva dos serviços substitutivos (CAPS, residências terapêuticas, o trabalho de retorno à família, leitos de internação em hospital geral, entre outros).

Em 2001, portanto, foi aprovada a Lei nº 10.216, que oficialmente propôs a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Menos de um ano depois foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reiterou que as políticas de saúde devem ter como pressuposto básico a inclusão social, integrando-se a outras políticas como educação, assistência social, habitação, etc. Segundo o relatório final desta Conferência

“a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico”³⁷.

Nesse sentido, os municípios deveriam implantar a rede substitutiva de forma territorial e integrado à rede de saúde. Progressivamente foram criados inúmeros serviços, na medida em que os leitos psiquiátricos eram fechados.

O último Censo Psicossocial (2014) identificou o funcionamento, somente no Estado de São Paulo, de aproximadamente 53 estabelecimentos psiquiátricos, o que nos aponta o árduo caminho que ainda devemos percorrer em busca da consolidação desta política pública e deste direito conquistado³⁸.

Cabe destacar, aqui, a diferença conceitual entre psiquiatria e saúde mental:

“Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades em delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites” ³².

Ou seja, enquanto a psiquiatria configura-se como um **núcleo** de conhecimento, a saúde mental constituiu-se como um **campo** capaz de envolver múltiplos núcleos (psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem, artes, sociologia, a própria psiquiatria, pediatria, gerontologia, entre tantos outros). No SUS, por sua vez, mais do que campo de conhecimento, a Saúde Mental se insere como política de Saúde Coletiva – objeto de investigação desta pesquisa.

1.3 A Política do SUS: Atenção Básica (AB) e Saúde Mental (SM)

Para apresentar esta seção, abordarei alguns aspectos referentes a dois temas extensos que envolvem a Política do SUS: a AB e a SM.

A Constituição Federal reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser garantida através de políticas sociais e econômicas. Esta mesma legislação integra outros direitos enquanto políticas sociais, sendo eles: a educação, a cultura, a alimentação, a habitação, o trabalho, o transporte, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos que mais precisam^{12,39}.

A saúde é, portanto, um direito de todos – posicionamento antagônico em relação ao antigo regime, vinculado ao Inamps – e se revela como algo mais do que a simples ausência de doença, contemplando uma série de outros direitos.

Diante deste cenário a pergunta que se apresenta é: como garantir que as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde cheguem aos 207.804.678

cidadãos (segundo a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – para o ano de 2017)?

O ponto de partida foi a proposição de uma rede regionalizada e hierarquizada, baseada nas seguintes diretrizes: a descentralização da gestão, o atendimento integral e a participação social. A Constituição Federal autoriza (art. 199) a contratação de empresas privadas para **complementar** as ações de cuidado desta rede, desde que cumpram as diretrizes do SUS e que, preferencialmente, se constituam entidades sem fins lucrativos¹².

A Lei 8.080/90, em seu Art. 7º, descreve os princípios do SUS desta forma:

“I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - **preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - **igualdade^f da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - **utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades**, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - **integração em nível executivo** das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - **conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - **capacidade de resolução** dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - **organização dos serviços** públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos^{40g}.

Esta pesquisa concentrou-se no segundo princípio (da integralidade), contudo sem desconsiderar os demais.

^f A igualdade difere-se do conceito de equidade, no sentido de que esta última está relacionada à atenção às desigualdades que permeiam as relações entre as pessoas, objetivando adequar as ações às necessidades de cada parcela, de cada sujeito, sendo assim, como afirma Dimenstein⁵⁷, “todos têm direito de serem bem atendidos, mas não podem receber o mesmo atendimento, pois são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas”.

^g A partir das Leis 12.845/13 e 13.427/17, acrescentou-se o XIV princípio que determina a “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras”⁴².

Como a definição do termo ‘integralidade’ é muito complexa, reservei uma seção à parte para este tema, que será apresentado adiante.

Por ora nos concentremos no conceito de rede, considerando que é a partir dela que os princípios norteadores do SUS serão (ou não) respeitados.

Retomando, a legislação propõe que o cuidado em saúde seja ofertado a partir de redes descentralizadas e regionalizadas. A **descentralização** implica em responsabilizar os municípios pela oferta em saúde. Os gestores municipais deverão garantir o **acesso** da população ao sistema de saúde e organizar seus serviços.

Mas, ele não faz isso sozinho. No que se refere aos recursos financeiros, o Estado e a União são corresponsáveis por essa gestão. E, no que se refere à prática dos cuidados, os corresponsáveis pelo cumprimento destes princípios são os trabalhadores que compõem este sistema.

A **regionalização**, por sua vez, dispõe sobre a organização territorial, a partir da constituição de regiões de saúde. As regiões de saúde são delimitações que, embora geográficas, propõem-se a considerar as identidades culturais, econômicas e sociais dos municípios/estado¹⁸.

A função da regionalização é “garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal”¹⁸.

Como aponta Fernandes⁴¹:

“Enquanto diretriz do SUS, a Regionalização surge como expressão de compartilhamento solidário de responsabilidades das autoridades da administração pública e especificamente sanitárias no intuito de redução das históricas e crônicas desigualdades que assolam o país desde seus primórdios e de garantia e promoção de equidade social”.

Desta forma, a regionalização pode ser compreendida como uma organização administrativa-territorial com vistas a garantir a integralidade das ações, devendo considerar critérios como acessibilidade, necessidade e oferta de serviços⁴³ em todos os níveis de complexidade tecnológica.

Nestes casos, os municípios que não contam com todos os serviços deverão estabelecer parcerias municipais e/ou estaduais.

Mas, independentemente de determinado município possuir serviços de todas as complexidades, a porta de entrada preferencial para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é a Atenção Básica (AB), conforme direção apontada pela Conferência

Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizado em Alma-Ata, no ano de 1978.

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”⁴⁴.

A AB é composta por: Unidade Básica de Saúde (USB), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), Equipes do Consultório na Rua (ECR), Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha e Programa Saúde na Escola.

“As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (...). Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral”⁴⁴.

A ESF busca reorganizar a AB, através de equipe multiprofissional e da presença de Agentes Comunitários de Saúde⁴⁴.

Os NASFs são formados por equipes multiprofissionais que atuam apoiando as equipes de ESF e as equipes para populações específicas, diretamente no apoio matricial. Embora vinculados ao território destas equipes, os NASF's não são unidades físicas independentes, nem ofertam livre acesso, devendo ser acionados a partir da necessidade de cada equipe⁴⁵.

Por sua vez, o Consultório na Rua é formado por equipe multiprofissional que atua de forma itinerante, através de unidade móvel, articulando parcerias com as equipes de saúde territoriais (UBS, ESF, CAPS, entre outros) e demais políticas públicas⁴⁵.

E, por fim, o Programa Saúde na Escola atua como política intersetorial (Saúde e Educação), contemplando a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico através da promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação⁴⁵.

Para atingir o grau de resolutividade esperado, bem como garantir os princípios básicos do SUS (universalidade, integralidade e equidade), a AB conta com variados processos de trabalho, dentre eles destacamos: o acolhimento, o apoio matricial, a construção de cuidados intersetorial, as visitas domiciliares, as ações educativas em saúde e a classificação de risco e análise de vulnerabilidades.

A AB também está inserida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um dos dispositivos de cuidado à população que acessa a Política de Saúde Mental.

A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088/11 e republicada em 21 de maio de 2013. Sua função é criar, ampliar e articular “pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”⁴⁵.

Segundo esta legislação, a RAPS se constitui a partir dos seguintes serviços:

- **Atenção Básica:**

Contempla: UBS; Centros de Convivência; e Equipes de AB para populações específicas, como Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório.

- **Atenção Psicossocial Especializada:**

Formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades.

- **Atenção de Urgência e Emergência:**

Constituída pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA); Prontos Socorros, entre outros.

- **Atenção Residencial de Caráter Transitório:**

Formada por Unidades de Acolhimento e por Serviços de Atenção em Regime Residencial. O primeiro oferece cuidados de saúde em ambiente residencial, para pessoas em uso de álcool ou outras drogas que vivenciem intensa vulnerabilidade social e/ou familiar, demandando acompanhamento terapêutico protetivo, transitório, por até seis meses. O segundo inclui as Comunidades Terapêuticas que, embora homônimas, não representam o modelo de cuidado outrora abordado (quando do início da reforma psiquiátrica), sendo, neste caso, um “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis” decorrentes do uso álcool e outras drogas⁴⁵.

- **Atenção Hospitalar:**

Formada por enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas. Este último trata-se de internações de curta duração, para situações de crise entre usuários de álcool e/ou outras drogas, com comorbidades clínicas e/ou psíquicas, respeitando a Lei nº 10.216/2001.

- **Estratégias de desinstitucionalização:**

Formada por Serviços Residenciais Terapêuticos, que se configuram como “moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros”⁴⁵.

▪ **Reabilitação psicossocial:**

Está “composta por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais”⁴⁵.

1.3.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Como descrito acima, os CAPS compõem a atenção psicossocial especializada. Assim como a AB é a ordenadora da RAS, os CAPS são ordenadores da RAPS. Estes serviços nascem a partir do processo de desospitalização desencadeado pela Luta Antimanicomial. Compondo a rede substitutiva no cuidado à saúde mental, os CAPS são formados por equipe multidisciplinar e dividem-se em três modalidades, a partir do recorte populacional: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Dividem-se, também, a partir do público a ser atendido: crianças e adolescentes (CAPSi ou CAPSij), adultos em grave sofrimento psíquico (CAPS) e adultos em uso de álcool e outras drogas (CAPSad).

Vamos entender o recorte populacional descrito pela Portaria nº 336/2002⁴⁶:

- CAPS I: apresenta capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento entre 8h00 e 18h00, de segunda à sexta-feira.
- CAPS II: apresenta capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com funcionamento entre 8h00 e 18h00, de segunda à sexta-feira.
- CAPS III: apresenta capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com atendimento 24h por dia, durante os sete dias da semana, de forma ininterrupta.

Uma vez que o CAPS compõe, ao lado dos serviços da Atenção Básica, a RAPS sua função é articular ações que ofereçam a integralidade do cuidado em saúde mental. Para tanto, é fundamental esclarecer qual o sentido deste termo na Política de Saúde, particularmente no âmbito da Saúde Mental.

1.4 Integralidade

Existem diversas formas para compreender o termo integralidade no contexto do direito à saúde. Se tomarmos a Lei 8080/90 como referência, entenderemos a integralidade como: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁴⁷.

Segundo Mattos⁴⁸ a construção de um modelo de atendimento integral remonta ao movimento da medicina integral – espaço ético e político que levantou questões sobre o fazer fragmentado dos médicos e culminou em revisões curriculares importantes nas instituições formadoras, sendo, portanto que

“para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa do paciente”⁴⁸.

Para este autor, a integralidade passa a ser um símbolo no modo de organização contínua dos processos de trabalho, com foco na horizontalidade das relações entre quem atende e quem é atendido, buscando ampliar a compreensão da necessidade de saúde de um grupo populacional.

Para se realizar, a integralidade deve contemplar ações de prevenção e de assistência – uma função particularmente complexa para os gestores e trabalhadores locais. Por isso, é preciso apostar na potência dos sujeitos, no cotidiano de suas relações.

“Integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos”⁴⁸.

Sendo a demanda ou, melhor dizendo, a necessidade de saúde (termo utilizado por Cecílio e Matsumoto)^{49,h} um pedido real de assistência, a integralidade,

^h Cecílio LCO e Matsumoto NF. ‘Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde’, In: Pinheiro R, Ferla AF e; Mattos RA (orgs). Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC; 2006. Esse conceito será melhor explorado no processo de trabalho ‘intersectorialidade’.

para acontecer, deve contemplar a escuta qualificada, a leitura ampliada da realidade do sujeito e de seu contexto social e a articulação entre diversos saberes e serviços a fim de ofertar o que é necessário para o cuidado de quem acessa os serviços, sejam eles a ESF, o hospital, os CAPS, os ambulatorios. Mas a problemática que se apresenta é: como ofertar atendimento integral em tempos de desmonte e retrocessos?

Neste ponto, concordo com Mattos⁴⁸ ao afirmar que “a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, parte de uma ‘imagem objetivo’”.

Como imagem objetivo o autor traz a ideia de uma configuração desejável, algo possível de ser alcançado em um tempo definido. Essa imagem, segundo ele, procura apontar para qual direção devemos seguir, e como vamos registrar nossa busca pela transformação da realidade. Assim, mais do que cumprir uma diretriz legalmente consolidada, a busca por ações integrais deve provocar movimento político nos serviços e nos trabalhadores, tendo como missão a transformação social, quer seja no campo micro ou no macropolítico, devendo, portanto, sensibilizar e mobilizar diversos e potentes atores em busca de sua concretização.

“Uma imagem objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar)”⁴⁸.

Compreendo, assim como Pinheiro e Mattos⁵⁰, que a integralidade é um termo de vários sentidos e que se expande em muitas direções, reunindo amplos significados, caminhos, vozes, olhares, ações que resultam do contato um-a-um. Aliás, prosseguem os autores, a sua dimensão se amplia mais quando ouvimos os usuários, que associam o termo integralidade ao “atendimento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”⁵⁰.

Como aponta Teixeira⁵¹ “as diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo pretendem integrar”.

Acrescenta-se a esse apontamento uma reflexão muito interessante que Merhy⁵² traz acerca da “palavra” (qualquer uma delas). Ele diz que nós devemos ‘engravidar’ as palavras. Engravidar no sentido de introduzir, ‘inseminar’ outros sentidos. O autor faz uma crítica ao fato de tomarmos as palavras como portadores

de um significado e um sentido inerentes. Se assim o fizermos, estamos fadados a reproduzir lógicas normatizadas, matando, enfim, qualquer outra possibilidade de construção de sentido.

Obviamente Merhy tem conhecimento de que, ao ‘engravidarmos’ as palavras, projetamos nelas nossas ideologias, conceitos morais, pessoais, culturais, históricos e que podem tanto servir para agregar e potencializar como para segregar e destruir. Então, cabe-nos uma reflexão sobre o nosso ato (re)produtor de sentidos.

Assim, partindo da compreensão de que a integralidade também tem a ver com o respeito ao usuário e com o exercício de compreensão do todo, podemos dizer que é no cotidiano de nossas ações que costuramos, ‘engravidamos’, o sentido do termo ‘integralidade’.

“Tomar o mundo do trabalho como escola, como lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos/poderes, com seus fazeres e saberes, permite abrir nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde: o usuário, individual e coletivo, como lugar de um complexo modo de viver o mundo. Abrindo-nos, em ato, para novos engravidamentos e partos”⁵².

Nas palavras de Pinheiro⁵³:

“a integralidade é assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados”.

Por oferta entende-se a disponibilidade, o tipo e a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde, que também são influenciados pela ideologia e estilos políticos que compõem as organizações. E por demanda “a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido” (Travassos et al., 1999 citado por Pinheiro⁵³).

Para Cecílio⁵⁴ a demanda está além e traduz as necessidades mais complexas dos usuários. Para ele, contemplar as necessidades de saúde é extrapolar a escuta desta demanda apresentada. Ou seja, enquanto a demanda pode ser por consulta médica, as necessidades de saúde podem estar relacionadas a “algum tipo

de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo”, ou ao vínculo com algum profissional, ou à necessidade de ser mais autônomo, ou de ter acesso a alguma tecnologia, entre tantas outras possibilidades⁵⁵. É preciso atenção e sensibilidade ao que é trazido e para isso precisamos estar conectados à compreensão integral do sujeito.

Deste modo, não podemos aceitar que os serviços de saúde se estruturem tão somente para responder às doenças da população (embora seja importante fazer isso também). Uma pessoa não se reduz a uma lesão, ou a um transtorno mental, nem tampouco se reduz a um corpo em potencial para desenvolver doenças ou ainda a um conjunto de situações de risco. O profissional orientado pelo princípio da integralidade busca recorrentemente fugir desses reducionismos⁴⁸.

Nesse contexto, a integralidade nas ações de saúde mental torna-se ainda mais desafiadora. Como nos lembra Alves⁵⁶, há duas naturezas que compõem obrigatoriamente o cuidado em saúde mental: oferta/seleção e inclusão/exclusão.

A seleção e a exclusão, segundo o autor, permeiam as políticas de saúde mental desde os tempos em que a medicina se apropriou da loucura enquanto objeto de estudo, no século XVIII.

Como vimos, somente a partir da década de 90, do século XX, influenciados pelos ideais de Franco Basaglia é que a substituição do modelo asilar e manicomial foi iniciada, tendo como importante ator os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que reiteram a importância da territorialidade e da ampla oferta de serviços e assistência em saúde, compreendendo que o sujeito não se constitui apenas como um corpo ou uma patologia, mas que as questões são muito mais amplas e complexas, e demandam tecnologia humana avançada. A priori, com essa mudança, caem por terra as premissas de seleção e exclusão⁵⁶.

Contudo, o que podemos observar na atualidade é que há uma tensão permanente entre esses polos e que tal disputa, apesar das inúmeras evidências de qual lado é mais efetivo e qual política produz mais saúde, a “indústria da doença” e o modelo manicomial recorrentemente buscam retomar seu lugar hegemônico na definição e no desenho da política e do modelo de atenção à saúde mental.

Sabemos que a reabilitação psicossocial proporcionou novas formas de cuidado que privilegiasse o direito de ir e vir dos cidadãos e sua relação com a sociedade. Mas não basta abriremos os portões dos hospitais se seguirmos acorrentados às relações manicomiais.

A concepção da loucura enclausurada nos desafia constantemente a reavaliarmos nossas ações. Por mais polêmico que seja (e é), os dispositivos substitutivos podem promover a lógica manicomial que está cravada em nossa cultura e em nosso agir inconsciente. Se, antes, as pessoas eram sedadas e tinham sua subjetividade violentada por eletrochoques e lobotomias, hoje, a medicalização da vida nos impõe novos desafios.

Manter um sujeito ‘sedado’ e ‘calmo’, mesmo que ele tenha a possibilidade de circular entre este e aquele dispositivo, não seria uma forma de reproduzir atos manicomiais? Uma clausura química em nome da normalidade desejada socialmente?

Onde está o manicômio neste caso? Nas paredes de um estabelecimento psiquiátrico ou na relação entre o profissional e o sujeito, tomado neste exemplo como um objeto sem direitos e sem autonomia?

Ousando parafrasear Merhy, estou propondo que aborremos todos os tipos de ações que nos impedem de refletir sobre a necessidade de uma mudança profunda, que vai muito além da criação de dispositivos de cuidado em meio à sociedade – obviamente, sem desconsiderar a importância destas conquistas. Nós sabemos que abrir as portas é o passo fundador da cidadania roubada destes sujeitos sequestrados do mundo em nome da razão, mas ele **é só o primeiro de muitos passos**.

Nas palavras de Dimenstein⁵⁷:

“é preciso estarmos atentos ao constante risco que vivemos de promover uma reforma superficial ou pseudodesinstitucionalização, na medida em que mantemos os dispositivos de segregação internalizados, compondo uma subjetividade manicomial”.

Assim, como nos propõem Pelbart⁵⁸ é necessário o fim do manicômio mental e, para isso, devemos à desrazão seu direito de manifestação.

“O sofrimento doentio do paciente psiquiátrico pode ser acolhido, tratado e modificado, mas o sofrimento da desrazão não é terapeutizável nem diminuível, pois ele é condição de produção de singularidade. Na experiência em que nos baseamos para enunciar essas proposições, aprendemos que, para produzir saúde mental, é preciso romper os sentidos de mundo que a época nos impõe⁵⁹”.

Portanto, em saúde mental, a integralidade está vinculada à condenação da segregação – que fere direitos de convivência e liberdade – e do isolamento, enquanto instrumento de tratamento⁵⁶. A negação do isolamento, enquanto

tratamento às múltiplas formas de existência humana, aliada à compreensão de que o cuidado deve focar no indivíduo (e não somente em seu diagnóstico) é que determinam a integralidade do olhar para a situação em saúde mental.

Considerando que a integralidade é provocada a partir da necessidade de saúde do usuário temos de pensar: quais são os caminhos para alcançá-la?

Partiremos da chegada do sujeito ao serviço. O que deve acontecer quando uma pessoa busca um atendimento de saúde (mental ou não)? Acolhimento. Mas, observe: acolhimento não é triagem. Segundo o Ministério da Saúde⁶⁰: “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão”.

Portanto, acolher é mais do que identificar a queixa e classificar riscos (embora estas ações também sejam importantes). É ouvir atentamente cada história (escuta qualificada), buscando identificar pontos a serem cuidados e, também, potencialidades a serem desenvolvidas para fomentar a autonomia do usuário do serviço.

Acolher é um ato político que oferta ao outro o lugar que ele deve ocupar: o de protagonista de sua história e que, portanto, não está abaixo do trabalhador, numa linha verticalizada de ações, e sim, ao lado, no sentido de juntos produzirem assistência e dignidade. Acolher não significa tomar a frente de todas as necessidades dos sujeitos. Não significa ‘fazer por’, mas ‘fazer com’.

Acolher é cuidar e “o cuidado se apresenta quando a existência de alguém tem importância para nós. A dedicação e a disponibilidade de participar daquela vida e o sentimento de responsabilidade realizam o cuidado”⁶¹.

Prosseguem os autores afirmando que

“o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo. Por isso, podemos utilizar o cuidado como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e organizadas as instituições responsáveis por essa produção (...) o cuidado se revela como fio condutor da construção da integralidade na atenção à saúde”⁶¹.

Apenas para clarificar um tanto mais nosso entendimento (sem pretender ser reducionista): cuidado é o fio condutor da integralidade. A integralidade, juntamente com a universalidade e a equidade, é o fio condutor do direito à saúde. O

direito à saúde é o fio condutor da cidadania. Logo, para garantir cidadania é preciso cuidar das pessoas que pertencem a determinado espaço social.

Portanto, para consolidar este olhar sobre a integralidade, poderão ser utilizados processos de trabalho que se configuram como propostas de ações coletivas. Estes processos foram objetos de análise desta pesquisa: discussões de caso em reuniões de equipes, proposta de referência e contrarreferência, o apoio matricial, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a articulação de rede intersetorial e a supervisão clínico-institucional.

Para que seja possível visualizar as potências das ações de cuidado devemos compreender seus conceitos.

As equipes de referência e o apoio matricial são arranjos organizacionais cuja característica principal é a transversalidade, pois promovem relações de troca de informações e possibilidades de construções coletivas, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e produzindo impacto sobre os usuários dos serviços⁶².

Cada **equipe de referência** é responsável por determinado número de usuários de seu território. Dentro de um serviço (da RAS ou da RAPS) poderá haver mais de uma equipe de referência, que são compostas por profissionais com escolaridade de níveis médio e superior. Seu conceito está associado ao compartilhamento da responsabilidade do cuidado dos usuários entre os diversos profissionais. Dessa forma, o usuário não é deste ou daquele profissional, mas está referenciado a uma equipe que deve construir coletivamente seu projeto terapêutico singular (PTS) e buscar outros recursos, como o apoio matricial, sempre que a complexidade do caso demandar.

Essa lógica desconstrói relações verticalizadas e centralizadoras ao propor que os casos sejam discutidos de forma ampliada, a partir de múltiplos olhares e saberes, de forma ética, respeitosa e ampliada.

O **apoio matricial** é um arranjo desenvolvido a partir dos serviços especializados. Vamos supor que a equipe de referência de um serviço da Atenção Básica está atendendo um caso muito complexo relacionado às necessidades de saúde mental (mas poderão ser necessidades de saúde em cardiologia, nutrição, fonoaudiologia etc) e que as ações essenciais para o cuidado do usuário e/ou sua família extrapolam o nível tecnológico daquele serviço. Ao invés de simplesmente encaminhar o sujeito para outro serviço (de maior complexidade tecnológica), a equipe

de referência da AB solicita o apoio matricial para construir de forma coletiva as possíveis ações de intervenção e cuidado.

Essas ações até podem resultar na inserção do sujeito em outro serviço (CAPS, por exemplo), mas na lógica do encaminhamento e contrarreferenciamento, que será descrito adiante. Com isso, os serviços se tornam corresponsáveis pelo cuidado integral do sujeito.

O apoio matricial, segundo Campos e Domitti⁶³, poderá ser construído a partir de duas vertentes: através de encontros periódicos e regulares, entre a equipe de referência da AB e o apoiador matricial (profissional do serviço especializado); e em situação imprevista, ou urgente, na qual a equipe de referência aciona o apoio matricial, solicitando algum tipo de intervenção.

Nestes encontros, reforçam os autores, são repactuadas as ações que compõem o PTS dos usuários por meio de três caminhos: 1) através de atendimentos e intervenções conjuntas (apoiador matricial e profissional da equipe de referência); 2) atendimento exclusivo do apoiador, porém preservando o contato e a relação com a equipe de referência; 3) somente pela relação de troca de saberes, através do diálogo entre os atores envolvidos.

Em saúde mental, a proposta é de que o apoio matricial/matriciamento se constitua como “um arranjo organizacional que viabilize o suporte técnico” às equipes de referência na atenção básica (Brasil, 2008, p. 34 citado por Gazignato e Silva⁶⁴), porém, sem desconsiderar a responsabilização compartilhada entre os serviços na gestão clínica. Como afirmam Silva Jr, Alves e Alves⁶¹: “é necessário haver sensibilidade das equipes que atuam nos serviços de referência às unidades básicas de saúde (...) quanto ao acolhimento, o estabelecimento de vínculos e a responsabilização para com os usuários”.

Além disso, o apoio matricial é um indicador de que a política de saúde mental não avançará se não houver envolvimento e incorporação da AB neste processo, pois é preciso contemplar os cuidados em todos os níveis de assistência, não somente na rede substitutiva⁶⁴.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”⁶⁹.

Segundo o Ministério da Saúde⁶⁹, o PTS desloca as ações do sintoma e da doença e lança luz sobre o sofrimento e o contexto que o produz ou o alimenta.

“Assim, outra forma de defini-lo seria: estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo” (Brasil, 2007 citado por Brasil²⁷).

Portanto, no cerne do PTS encontra-se a singularidade, a particularidade dos que estão envolvidos na trama que promove o sofrimento mental.

O exemplo apresentado anteriormente sublinhou também a importância de uma construção que contemple o referenciamento e o contrarreferenciamento das ações de cuidado. Mas o que vem a ser isso?

Segundo Witt (1992 citado por Juliani e Ciampone⁶⁶) a **referência e a contrarreferência** são articulações entre as unidades do nível primário, secundário e terciário de saúde. A referência é o “trânsito do nível menor para o de maior complexidade e, inversamente, a contrarreferência é o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade”.

A referência e a contrarreferência pressupõem a responsabilização compartilhada no cuidado com o usuário, não devendo ser configuradas como um processo burocrático de encaminhamento. Esses dois processos de trabalho devem ser realizados de forma cuidadosa, preparando o caminho do usuário para o deslocamento de um serviço para outro, garantindo a longitudinalidade e a integralidade da assistência, no qual as equipes envolvidas constroem coletivamente o PTS do sujeito.

Nas palavras de Pinheiro⁵³:

“ao se criar um sistema de referência e contrarreferência que funcione, **é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo** de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado. Essa construção coletiva e compartilhada é o que compõe a rede de cuidado. Assim, referenciamento, contrarreferenciamento e rede estão intimamente relacionados”.

Ceccim e Ferla⁶⁷ apostam na ideia de linha de cuidado que, segundo eles, está “atada a uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em *práticas cuidadoras*”. Dessa forma, o cuidado implica conhecer os fatores que beneficiam, prejudicam ou

determinam a situação de saúde dos sujeitos e os recursos necessários para produzir e afirmar o cuidado e a vida.

Para tanto, prosseguem, é preciso organizar fluxos resolutivos, uma “malha de cuidados ininterruptos, organizados de forma progressiva”, pois, “numa malha não há maior e menor, anterior e posterior, partida e chegada, topo e base; tudo o que há é o tramado, as ligas, as conexões (...)”⁶⁷.

Essas conexões, fluxos e ligas são tecidos a partir do referenciamento e do contrarreferenciamento, portanto, superam a lógica do encaminhamento burocrático e simplesmente técnico, ampliando o contexto do sujeito para muito além do seu processo de adoecimento.

Nesta linha de cuidado estão implicados a reorganização permanente dos processos de trabalho

“constituídas em sintonia com o universo dos usuários e, em última instância, uma linha de cuidado tem como pressuposto sua extensão à intersetorialidade (...) devendo possibilitar o surgimento de laços de confiança entre serviços, gestão setorial, instâncias de controle social e rede sociais, indispensáveis para melhorar a qualidade e resolutividade das ações de saúde” (Ferla, 2004 citado por Ceccim e Ferla⁶⁷).

A **intersectorialidade** envolve a delicadeza da construção coletiva que extrapola o campo da saúde. Quando entendemos que o contexto em que vivemos influencia nosso processo de saúde-adoecimento, entendemos também que outras políticas sociais devem ser envolvidas no PTS dos usuários.

Educação, cultura, transporte, habitação, segurança pública, assistência social, entre tantas outras, são políticas fundamentais na construção de um projeto que se propõe ser integral, ampliado, cuidadoso, respeitoso, articulado e vivo, pois, nessa lógica superamos o reducionismo das práticas e reinventamos processos de trabalhos que contemplem as necessidades de saúde dos sujeitos.

Promover a integralidade das ações em saúde é tecer relações horizontalizadas entre sujeitos-sujeitos – um desafio que se inscreve no cotidiano dos profissionais do SUS.

Quando tais ações são realizadas podemos dizer que a integralidade foi alcançada?

Em síntese, nas palavras de Cecílio⁵⁵, essa integralidade é alcançada quando atingimos, ao menos, duas dimensões: “**a integralidade focalizada**”, no qual

estão inseridos valores como “compromisso e preocupação” do profissional de saúde em relação à “melhor escuta possível” das necessidades apresentadas pelo usuário e que chegam “travestidas” de demandas próprias – esta dimensão envolve o trabalho multidisciplinar, ou seja, a conjugação de múltiplos saberes, e em qualquer serviço que o sujeito acesse, quer seja a Atenção Básica ou um Hospital Geral, ou serviços especializados; **“a integralidade ampliada”**, haja vista que um serviço, por mais atenta que seja sua equipe e por mais afinada que esteja em seus processos de trabalho, não será suficiente para contemplar as necessidades de saúde dos usuários, sendo necessário extrapolar não só a demanda, mas o próprio serviço ou a própria política de saúde – como acabo de descrever em ‘intersectorialidade’.

Desta forma podemos presumir que promover a integralidade é estar acessível às extrapolações: primeiro, extrapolando a queixa no sentido de superar a demanda em busca da necessidade de saúde do sujeito; segundo, extrapolando seu núcleo de saber e estabelecendo relações com outros profissionais do mesmo serviço (no verdadeiro sentido de trabalho em equipe); terceiro, extrapolando o serviço (seja ele qual for) e estabelecendo conexões com outros, inclusive, de outras políticas.

A integralidade é um convite à superação de modelos instituídos (recortados, ambulatoriais, desconectados) e à produção criativa de laços que envolvem e contemplam os sujeitos. Quando alcançada ela promove equidade, e promover equidade é estar atento (como já abordado neste estudo) às desigualdades que nos envolvem. A bem da verdade, quando alcançamos a integralidade tomamos dimensão da inequidade que se inscreve na vida do sujeito. Segundo Cecílio, “a inequidade haveria de ser reconhecida naturalmente, expressa em singulares necessidades de saúde não atendidas”, portanto, prossegue ele⁵⁵:

“A busca da integralidade, se levada às últimas consequências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde. Da mesma forma, a integralidade seria impensável sem a garantia de universalidade do acesso. Recompõe-se assim o signo: universalidade, equidade e integralidade. Signo produzido pela reforma sanitária brasileira que fala de uma utopia, no limite “projeto irrealizável; quimera; fantasia” (Aurelio, 2000) por tudo que está em jogo: a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las”.

Por fim, outro dispositivo que merece destaque é a **supervisão clínico-institucional**. A Portaria nº 1.174/2005⁶⁸ incluiu a supervisão clínico-institucional no rol das ações a serem desenvolvidas dentro dos CAPS, objetivando desenvolver o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão destes equipamentos.

Este documento conceitua a supervisão clínico-institucional como um trabalho desenvolvido por profissional externo, com experiência prática e teórica em saúde mental, que atuará

“no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada”⁶⁸.

Segundo Severo, L’Abbate e Campos⁶⁹ a supervisão-clínico institucional deve problematizar os casos clínicos de forma integrada ao “contexto institucional, ao serviço, à rede, à gestão e à política pública, havendo o diálogo necessário entre a dimensão política e a dimensão clínica”, questionando constantemente seus fazeres, intentando superar tanto o modelo biomédico quanto o modelo asilar que, ainda, estão presentes em diversos serviços substitutivos.

Estes são alguns dos instrumentos que utilizamos no campo da saúde como mediadores das práticas de cuidado e que estão dentro de nossa ‘caixa de ferramentas tecnológicas’, como propõe Merhy⁷⁰.

Na verdade, o autor sugere três tipos de caixas de ferramentas distintas: 1) no qual se concentram as **tecnologias duras** que são compostas por exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos; 2) no qual se encontram depositadas as **tecnologias leve-duras**, que permitem o processamento e a reflexão acerca do sujeito e de suas necessidades, construindo este olhar a partir de determinados saberes (epidemiologia, conhecimento clínico, etc) e, por contarem com saberes previamente estruturados, o profissional pode tender para a dureza dos protocolos ou para a leveza que o encontro com o usuário faz emergir; 3) nesta última caixa encontram-se as **tecnologias leves** que proporcionam, através da escuta e do cuidado, a construção de relações sujeito-sujeito captando a singularidade de cada caso, os processos socioculturais que o envolvem, realizando-se em ato⁷⁰.

Na terceira caixa evidencia-se o trabalho vivo, enquanto que na primeira está sobreposto o trabalho morto. Como o autor descreve estes dois tipos de trabalho? Como trabalho vivo ele descreve o trabalho dinâmico, em movimento, que permite a criação de novos resultados (novos produtos) e que conta com certa autonomia do profissional que opera seu fazer em cima, também, do trabalho morto, que são as ferramentas prontas nas quais há o envolvimento de um trabalho humano anterior, como as tecnologias duras⁷⁰.

A partir desta compreensão, o autor explica que a segunda caixa de ferramentas contará com trabalhos vivo e morto, pois ao mesmo tempo em que se utiliza de algo que está dado (saberes definidos), também se abrem espaços para a atuação do profissional, a partir de sua relação com o sujeito atendido.

Portanto, é a partir deste trabalho vivo e de tecnologia leve, em sua maioria das vezes, que a integralidade vai se configurando em um ato em movimento, que não se encerra ao atingir seu objetivo de cuidado, pois, por sermos seres dinâmicos e sociais, produzimos novas falas, novas demandas, apresentamos novas (ou antigas) necessidades de saúde, quer sejam para os mesmos lugares/instituições ou não.

1.5 Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil

Historicamente, as políticas públicas infanto-juvenis são negligenciadas em diversas partes do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

Para compreender essa afirmativa vamos recorrer, inicialmente, aos estudos de Ribeiro⁷¹. O autor realizou pesquisa bibliográfica e documental sobre a infância brasileira, referenciado por obras dos séculos XIX e XX. Dentre estas, o livro “Casa Grande & Senzala” de Gilberto Freyre. Neste material, o autor identificou um sistema patriarcal extremamente rígido, com forte presença da Igreja na educação infantil, entre os períodos colonial e império.

Nesta época, as crianças morriam de forma muito prematura, devido a doenças como sarampo e varíola, por exemplo. Assim, prossegue o autor citando Ariès (1981), para compensar estas perdas a igreja, utilizando de referências da época medieval, associou a imagem das crianças aos anjos.

Ariès⁷² também afirma que, por conta da prematuridade das mortes, não havia nesta época o *sentimento de infância*, como ele nomeou, ou a consciência de que havia uma particularidade infantil. Essa afirmativa decorre de estudos iconográficos realizados pelo autor.

A notoriedade da fase infantil e suas particularidades só se estabeleceu no século XIX, quando “os higienistas perceberam que todo o sistema familiar herdado

da colônia tinha sido montado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos” (Costa, 1989, p. 169 citado por Ribeiro⁷¹).

Com a chegada da República a medicina e o direito lançaram luz sobre as crianças pobres. Dado o aumento da população de baixa renda, por conta da imigração europeia e da libertação dos escravos, as crianças abandonadas passaram a ser introduzidas em um discurso até, então, ocupado pelas classes mais altas⁷¹.

A prática médica, na medida em que se tornava cada vez mais científica, impunha normas de saúde em benefício da sociedade, influenciadas pelo positivismo, pelo evolucionismo e pelo darwinismo⁷¹.

“Na colônia e nos primeiros tempos da Independência são a Igreja e o senhor-de-engenho que ditam as regras do ‘bem-viver’. No século XIX será a classe médica com suas teses, discursos, livros, debates acalorados na Academia Imperial de Medicina, artigos nos jornais”⁷¹.

Neste momento a história observa o advento da burguesia e de sua relação com a medicina: enquanto, esta, intensifica “seu ideal higiênico que, por seu turno, interessa ao jovem Estado brasileiro, ainda em consolidação”, aquela promovia ideias políticas e sociais⁷¹. Somados a esta aliança, o declínio do patriarcado e da organização familiar rural, e o desenvolvimento urbano, o que se percebe é uma nova visão sobre a criança, promovendo a redução na mortalidade infantil⁷¹.

A medicina se interessava tanto por este tema quanto pela sexualidade e educação. Propondo novos costumes e hábitos, como os colégios internos, os médicos higienistas intervinham nas dinâmicas familiares. Este, segundo o autor, era o principal objetivo da ideologia higienista: chegar às famílias.

Foi com esta base que a psiquiatria infantil foi criada, décadas depois.

Segundo Schechtman⁷³ “as primeiras décadas do século 20 assinalaram um crescente interesse pela situação da infância no mundo, pelas questões demográficas e pela saúde das populações”. Com isso, prossegue o autor, houve aumento dos estabelecimentos psiquiátricos nos principais centros urbanos do Brasil que buscaram “legitimar-se como uma das instâncias reguladoras do espaço social, extrapolando os limites do asilo clássico, construindo um saber psiquiátrico ao que se vincula o surgimento da psiquiatria infantil”⁷³.

Há notícias de que, em 1903, Juliano Moreira e Fernandes Figueira “inauguraram um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, destinado às crianças portadoras de enfermidades mentais, as quais, até então,

compartilhavam o mesmo espaço físico dos adultos”⁷¹. Em São Paulo foi inaugurado o primeiro pavilhão infantil em 1921, por Franco da Rocha, no Hospital do Juqueri.

Em 1925 surge, a partir da instituição psiquiátrica, a Liga Brasileira de Higiene Mental, com cunhos educativo e eugenista impondo “um olhar normalizador sobre a educação, a qual era vista como exercendo uma indiscutível influência na evolução mental da infância”⁷³.

Essa Liga defendia a importância de ensinar as mães sobre como criar um modelo de cuidado para seus filhos que privilegiasse o comportamento ajustado do indivíduo na sociedade⁷³.

O início do século XX marca a preocupação com a criança, através de iniciativas dos estabelecimentos que se voltaram a estes cuidados e

“falar sobre a criança brasileira do início do século implica em falar sobre o médico Arthur Moncorvo Filho, fundador do Instituto de Proteção e Assistência à Infância em 24/03/1989, instituição voltada para os cuidados maternos-infantis com a atuação dos médicos de várias especialidades, organizada sob a forma de associação, que congregava em torno de 600 membros associados na ocasião de sua instalação”⁷¹.

Este personagem exerceu forte influência nos projetos políticos voltados para a infância, por mais ou menos 30 anos, segundo o autor.

Contudo, não foi suficiente para dar conta da defasagem histórica que se inscreveu no país.

“(…) O vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças aos jovens e aos seus familiares”⁷⁴.

Segundo Dias (2008 citado por Ribeiro et al.⁷⁵) por conta das inúmeras instituições que surgiram, o poder público adiou o enfrentamento ao tema, negligenciando ações específicas.

A construção social e política de uma nova compreensão para a infância e juventude foi marcada por dois eventos importantes da história: a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, em 1989, na ONU, e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990⁷⁶. Estes dois eventos convocaram para a transformação da infância e adolescência no país, colocando-os como sujeitos de direitos.

“Esses acontecimentos, isto é, a Convenção da ONU e o ECA, no início dos anos 90, associados à emergência da Lei da saúde mental e à realização da III CNSM, em 2001 – engendrados por movimentos sociais distintos e separados por quase uma década, foram responsáveis pela emergência de condições simbólicas e reais para a proposição da política de saúde mental para crianças e adolescentes no início do século XXI”⁷⁶.

A III CNSM foi fundamental para a história da saúde mental infanto-juvenil no país, porque, além de priorizar o tema (o que não ocorreu nas conferências anteriores), convocou

“o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, afirmando a necessidade de esse cuidado ser pautado no reconhecimento delas como sujeitos psíquicos e de direitos, ser exercido em dispositivos de base comunitária, calcado na lógica do território e da operação em rede, e ter a inclusão social possível a cada um como o norte ético da ação de cuidado”⁷⁶.

Anteriormente à etapa nacional desta conferência, realizou-se no país um Seminário Nacional voltado para discutir as ações possíveis para a política de saúde mental infanto-juvenil⁷⁶. Este seminário envolveu atores de diversos estados e também de diversos setores públicos, consolidando um coletivo intersetorial que “correspondeu ao que viria a se constituir posteriormente como um dos principais fundamentos da política de saúde mental da criança e do adolescente, a intersetorialidade”⁷⁶.

Neste seminário elaborou-se uma série de recomendações que foram aprovadas na plenária final da III CNSM, dando à luz os princípios norteadores da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil que serão destacados abaixo⁷⁷:

- a. **A criança e o adolescente são sujeitos:** sujeitos responsáveis por suas demandas, sujeitos de direitos, sujeitos de singularidades, convocando para ações heterogêneas a partir de suas necessidades de cuidado, ofertando voz e escuta, reconhecendo seu sofrimento mental e, portanto, não reproduzindo “na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber por ela, o que é melhor para ela”⁷⁷;
- b. **Acolhimento universal:** “significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertas a todos aqueles que chegam”, o que não significa que toda a demanda deva ser

necessariamente tratada em CAPSi (ou CAPSij), mas, sim, escutada (e referenciada, se for o caso). É necessário ofertar respostas, acabando com barreiras burocráticas que dificultam o acesso, rompendo com a lógica “do encaminhamento irresponsável, que faz com que aquele que procura atendimento percorra, infinitamente, uma série de serviços e não encontre acolhida em nenhum”⁷⁷;

- c. **Encaminhamento implicado:** nada mais é do que a co-responsabilização no processo de encaminhamento, seguindo o modelo de referência e contrarreferência.
- d. **Construção permanente da rede:** “tal concepção de rede articula a ação do cuidado para com o que se situa fora e para além dos limites da instituição (estabelecimento) e implica a noção de território”⁷⁷;
- e. **Território:** que se inscreve na vida, no cotidiano dos sujeitos e que extrapola o mero campo geográfico. Ele inclui: “a casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras (...) é o lugar psicossocial do sujeito”⁷⁷;
- f. **Intersetorialidade na ação do cuidado:** deve incluir espaços de cuidado de natureza clínica, ou não, que atravessam a vida dos sujeitos e que está intimamente relacionada à noção de território.

Estes princípios apontam para a desconstrução do modelo de reparação e de “conserto”, muito engendrados no país, e elevam a criança e o adolescente ao lugar que sempre deveriam ter ocupado: o de sujeitos integrais, de vida, que transitam pelos espaços de seu território construindo laços.

Couto e Delgado⁷⁶ relatam que “apenas dois meses depois da III CNSM, em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria nº 336/2002 contendo um capítulo especificamente destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi”.

Os CAPSi, enquanto dispositivos de cuidado em saúde mental pertencente a RAPS, devem atuar segundo os princípios descritos e, como afirma Elia⁷⁸:

“(...) acolher universalmente todo aquele que o procurar, vai problematizar a demanda que lhe chega, vai absorver algumas delas sob a forma de cuidado dispensado no próprio CAPS, vai encaminhar outros tantos, acompanhando o encaminhamento como um ato seu, pelo qual é responsável, vai convocar vários setores e instâncias do território (intersetorialidade), além de outros equipamentos de saúde mental e de saúde, vai chamar a rede educacional, assistencial, jurídica, enfim, vai operar a ordenação da rede, sem com isso recorrer a qualquer tipo de ato que se superponha, confunda ou nivele com os atos de gestão”.

Segundo Akerman (2003 citado por Ribeiro et al.⁷⁵), há pelo menos três situações que compõem a demanda de tratamento em saúde mental infanto-juvenil: 1) manifestação sintomática da própria criança/adolescente; 2) a percepção do responsável que “julga o comportamento pelo que se espera dele”; 3) demanda procedente dos serviços e “atores sociais, que se encarregam de examinar e julgar a normalidade de determinadas condutas”.

Prossegue o autor afirmando que estas demandas acabam segregando, muitas vezes, as crianças e adolescentes que são inseridas em um sistema que busca normatizar e determinar o comportamento que se espera dele. Portanto, apesar dos avanços políticos inegáveis sobrevive, ainda, a cultura do conserto e do reparo instituída há séculos.

“Os serviços de saúde mental infanto-juvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições.”⁷⁹

Mas, apesar do CAPSi constituir “a primeira ação concreta oriunda da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da saúde mental de crianças e adolescentes⁷⁶” ainda é incipiente o número de serviços implantados no país, se compararmos com os CAPS para adultos em um mesmo período. Seguem os autores afirmando que, com base no ano de 2013, o Brasil contava com 183 CAPSi, enquanto que aproximadamente 2000 CAPS para adultos foram implantados.

Ampliar a rede de CAPSi é um dos grandes desafios que se inscrevem ao poder público. Contudo, não é o único. Outros desafios podem ser apontados⁷⁶: a falta de estratégias para a formação dos trabalhos e educação permanente; a fragilidade dos vínculos empregatícios, muitas vezes condicionados à terceirização na

contratação; desconhecimento, por parte dos gestores, das atribuições de um CAPSi; ausência de supervisão clínico-institucional, na grande maioria dos serviços; atuação desarticulada entre os serviços; escassez de experiências que contemplem a existência de Fóruns locais (um potente espaço político que poderia contribuir para a ampliação destes dispositivos), baixos salários, entre tantos outros.

Partindo desta realidade, esta pesquisa de mestrado propõe contribuir para a produção de conhecimento científico, a partir da experiência do município pesquisado. Este município tem vivenciado significativa reestruturação em sua política de saúde mental. O Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil se constitui como um CAPSi a vir a ser, permeado por desafios e afetos que poderão contribuir para o fortalecimento desta política brasileira negligenciada.

2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município pesquisado está localizado no interior do Estado de São Paulo. Segundo projeções do IBGE, para o ano de 2017, sua população é de aproximadamente 400.000 habitantes.

Com relação ao SUS, na época desta pesquisa, o cenário estava configurado da seguinte forma: 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 49 Programas/Estratégias de Saúde da Família (PSF/ESF); 8 Serviços de Referência da Atenção Básica (SRefAB)ⁱ; 4 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); 4 Ambulatórios de Saúde Mental, sendo 1 para atendimento infanto-juvenil, 2 para atendimento de adultos e 1 para atendimento de adultos usuários de álcool e outras drogas; 1 Serviço Residencial Terapêutico; 1 Equipe de Consultório na Rua (eCR) e 1 oficina de geração de renda. O município não possui Hospital Geral, de gestão municipal – contando com leitos em estabelecimentos privados.

Cabe esclarecer que os SRefAB são serviços com especialidades médicas e odontológicas que foram projetados para atuar como Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – aproximadamente, há dois anos – segundo informações coletadas com os profissionais da RAPS. Além de não cumprirem com o objetivo inicial, estas unidades recebem encaminhamentos das equipes de PSF/ESF e são responsáveis por determinadas áreas de abrangência territorial. Ao longo da pesquisa, o que mais escutei sobre estes serviços foi a dificuldade de se inserirem na rede de cuidados. Eles não realizam Apoio Matricial, funcionam na lógica do encaminhamento (e não da referência e contrarreferência), e muitos não contam com reuniões de equipe para discussão coletiva e construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). São equipamentos distanciados que operam de forma mais ambulatorial do que os próprios ambulatórios – sendo que estes últimos fazem um grande esforço para atender a Política de Saúde Mental.

O município não possui leitos de saúde mental para atenção à crise – nestes casos, ou o usuário é atendido pela UPA e encaminhado ao serviço de

ⁱ Nome fictício: o nome destes serviços foi alterado para preservar o sigilo em relação ao município pesquisado.

referência de seu território, ou é encaminhado para um hospital psiquiátrico, em um município da região (aproximadamente 40 km de distância). Quando há demanda para internação por uso de Substâncias Psicoativas (SPA), a Prefeitura Municipal possui convênios com Comunidades Terapêuticas. Há um Hospital Regional em fase final de implantação.

A tabela abaixo apresenta a estrutura do SUS deste município, até junho de 2017, sendo a Secretaria Municipal de Saúde a fonte principal para o levantamento destes dados. Porém, como os números disponibilizados se referiam somente até o ano de 2013, a tabela foi atualizada a partir de informações recebidas no momento da pesquisa em campo.

Quadro 4 – Configuração do SUS do município pesquisado

Serviços	Nº de unidades
UBS	15
PSF/ESF	49
SRefAB	8
UPA	4
Hospital Geral, com gestão pública municipal	0
Leitos de Saúde Mental, para atenção à crise, em Hospital Geral	0
SAMU	1
CAPS II	1
Ambulatório de Saúde Mental Adulto	2
Ambulatório de Saúde Mental para usuários de Álcool e outras Drogas	1
Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil	1
SRT	1
eCR	1
Oficina de geração de renda	1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2013)

Atualmente, a gestão municipal tem buscado reestruturar o modelo de atenção à saúde mental propondo redirecionar o CAPS II para a modalidade CAPS III, e reorganizar os ambulatórios de saúde mental para que ofertem assistência na lógica dos CAPS, conforme previsto na Lei 10.216/01⁸⁰, que dispõe sobre a proteção e direitos dos usuários em importante sofrimento psíquico, redirecionando o modelo de atenção à saúde mental.

No recorte de tempo em que esta pesquisa foi desenvolvida – período entre dezembro de 2016 e abril de 2018 – a reestruturação proposta não havia sido

plenamente conquistada, embora exista um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)^{j,81} sobre esta questão. Este TAC determina a implantação de mais 4 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a reorganização do CAPS II para CAPS III, o cadastramento do Ambulatório de Álcool e outras Drogas como CAPSad III, o cadastramento do Ambulatório Infanto-Juvenil como CAPSi II, o cadastramento dos Ambulatórios de Saúde Mental Adulto (são dois) como CAPS II, 1 Unidade de Atenção Residencial de caráter transitório para adultos; 1 Unidade de Atenção Residencial de caráter transitório para crianças e/ou adolescentes e o Consultório na Rua.

O CAPSad III e o CAPSi estão em fase de implantação, ou seja, foram avaliados pelo Departamento Regional de Saúde (DRS) que apontou as reformas necessárias no espaço físico, para o cadastramento, até então, não realizadas.

O quadro a seguir ilustra a situação atual (até abril de 2018), referente à implantação destes serviços no município:

Quadro 5 – Serviços de Saúde Mental a serem implantados

Serviços	Unidades	Situação até junho de 2017
SRT	4	Não implantado
Cadastramento de CAPS III	1	Não implantado
Cadastramento de CAPSad III	1	Em fase de implantação
Cadastramento de CAPSi II	1	Em fase de implantação
Cadastramento de CAPS II	2	Não implantado
Unidade de Atenção Residencial de caráter transitório para adultos	1	Não implantado
Unidade de Atenção Residencial de caráter transitório para crianças e/ou adolescentes	1	Não implantado
eCR	1	Implantado em novembro de 2016

Fonte: Elaboração própria.

^j O TAC é um acordo realizado entre o Ministério Público e a instituição violadora de direitos coletivos e tem por objetivo cessar tais violações, evitando a abertura de ação judicial (CNMP). Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público. Portal de direitos coletivos [internet]. Conselho Nacional do Ministério Público. [acesso em 04 jul. 2017]. Termo de Ajustamento de Conduta. [1 tela]. Disponível em <http://www.cnmp.gov.br/direitoscoletivos/index.php/4-o-que-e-o-termo-de-ajustamento-de-conduta>.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral: analisar a oferta de cuidados promovida por um Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil em transição para CAPSi, de um município no interior do Estado de São Paulo, a partir do princípio da integralidade preconizado pelo SUS.

Objetivos Específicos:

1. Compreender o contexto da Política de Saúde Mental do município;
2. Descrever os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe do Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil;
3. Analisar a implicação dos trabalhadores no que se refere à oferta de cuidado;
4. Identificar e analisar as potências e os desafios vivenciados pelos trabalhadores que atuam neste equipamento.

4 METODOLOGIA

A cada instante, denuncia a confusão possível. Declina sua identidade, não sem dizer previamente: não sou isto nem aquilo (...). Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo.
(Michel Foucault – A Arqueologia do Saber)

Elaborar a metodologia que será utilizada em uma pesquisa científica, definitivamente, não é tarefa fácil. São inúmeras técnicas, variadas possibilidades de análise, infinitos sujeitos para ouvir de múltiplas formas. Mas, é preciso e, então, esta escolha abarca não somente a visão de mundo dos atores sociais envolvidos, mas, também, envolve a própria visão de mundo do pesquisador, durante todo o percurso da pesquisa⁸², desde a escolha do campo a se inserir até o resultado final da análise dos dados produzidos.

Minha escolha foi a pesquisa qualitativa que, segundo Minayo⁸², “implica considerar sujeito de estudo: *gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados*”.

Antes de apresentar ao leitor esta “gente em determinada condição social” penso ser importante registrar que o projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp no dia 01/09/2016 e foi aprovado no dia 28/09/2016 (Nº 1.750.268), conforme Anexo 1.

Para que fosse aprovado pela equipe que coordena a política de saúde do município pesquisado, inicialmente dialoguei com a coordenadora de saúde mental e com a coordenadora da atenção básica. Em meados de 2016 encontrei-me com a coordenadora de saúde mental e lhe expliquei a intenção de minha pesquisa. Nesta conversa, ela compartilhou informações a respeito do funcionamento do SUS local e os desafios do município. Neste dia, também, me forneceu o contato de todos os coordenadores que eu precisaria acionar para verificar a possibilidade de imersão no serviço. O primeiro contato que eu fiz, após esta conversa, foi com a coordenadora da atenção básica. Primeiro, realizei contato telefônico e agendamos nosso encontro

presencial. Ela também me localizou quanto à realidade da atenção básica do município e autorizou minha entrada nas unidades de saúde.

Nos dias que se seguiram, realizei diversos contatos com os serviços da RAPS, para apresentar a intenção de minha pesquisa.

Inicialmente, o objetivo centrava-se em uma análise ampliada de diversos equipamentos que compunham a rede de saúde mental municipal, a partir do princípio da integralidade. Porém, após a qualificação desta pesquisa, por orientação da banca examinadora, a análise concentrou-se nos dados produzidos no Ambulatório de Saúde Mental Infante-Juvenil, por: 1) ser um campo no qual eu, enquanto trabalhadora do SUS, atuei (em outro município), além de ser a infância e a adolescência um campo de militância para mim; 2) por ter sido realizado um mergulho intenso e profundo, por conta do referencial teórico-metodológico da Socioanálise, possibilitando importante espaço de (des)construção de saber entre mim e os trabalhadores; 3) pelo acolhimento e dedicação ímpares que os profissionais deste equipamento proporcionaram, sendo objeto de análise de nossas implicações.

Porém, é mister ressaltar que os demais serviços participantes desta pesquisa (conforme será descrito abaixo) foram fundamentais para a compreensão do macro contexto e atuaram como campos satélites. Algumas falas destes atores foram utilizadas na análise dos dados produzidos, considerando que estas simbolizam a cultura local e dizem muito do projeto tecnopolítico deste município.

4.1 Critérios de inclusão dos serviços pesquisados

No que se refere aos serviços de Saúde Mental, o principal critério de inclusão era a existência do espaço de reunião de equipe, em que fossem discutidos os processos de trabalho.

Neste caso, aceitaram o convite para participar desta pesquisa os Ambulatórios de Saúde Mental Infante-Juvenil e um dos Ambulatórios de Saúde Mental para Adultos.

Em relação à inclusão das ESFs, além do consentimento dos coordenadores das unidades, a escolha ocorreu porque, primeiro, duas das unidades foram indicadas por um dos ambulatorios como sendo espaços de difícil diálogo e articulação, então, me interessava saber como a integralidade das ações em saúde mental eram construídas nestes dois equipamentos; segundo, também me interessava saber como era a construção da integralidade quando a relação ESF e ASM era considerada boa, sendo assim, das unidades indicadas como parceiras, uma delas aceitou participar da pesquisa; terceira, a última unidade foi indicada pela coordenação de uma das ESFs entrevistadas porque, nela, havia a particularidade na relação com uma universidade local.

Os demais serviços, vinculados à Política de Saúde Mental, foram incluídos na medida em que eu percebia a importância de compreender melhor a rede de cuidados. Desta forma, com o auxílio da Coordenadora de Saúde Mental, eu me aproximava dos gestores locais e lhes fazia o convite, apresentando a intenção de minha pesquisa. Após o aceite, ou agendávamos um encontro para a realização da entrevista semiestruturada (conforme Apêndices 1 e 2), ou, eu lhes enviava um questionário eletrônico, quando o encontro presencial não era possível (Apêndice 3).

4.2 Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 30 pessoas: os trabalhadores do ASM Infanto-Juvenil, os trabalhadores de um dos ASM para Adultos, a coordenadora de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o coordenador do Consultório na Rua (CR), a coordenadora do outro ASM para Adultos, a coordenadora do Ambulatório de Álcool e outras Drogas, a coordenadora do CAPS II, as coordenadoras de quatro Unidades do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF), a coordenadora municipal de Saúde Mental (SM), a coordenadora municipal da Atenção Básica (AB) e os apoiadores territoriais, vinculados à esta coordenação.

Para facilitar a compreensão, no quadro abaixo estão dispostos todos os participantes desta pesquisa (trabalhadores, gestores e serviços):

Quadro 6 – Participantes desta pesquisa

Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil	3 Psicólogos 2 Terapeutas ocupacionais 1 Enfermeira 1 Técnica de enfermagem 1 Coordenador 2 Médicos
Ambulatório de Saúde Mental para Adultos	2 Psicólogas 1 Terapeuta ocupacional 1 Enfermeira 1 Técnica de enfermagem 1 Coordenadora
Consultório na Rua	1 Coordenador
SRT	1 Coordenadora
PSF/ESF	4 Coordenadoras
Coordenação de Saúde Mental	1 Coordenadora
Coordenação da Atenção Básica	1 Coordenadora da AB 3 Apoiadores territoriais
Demais serviços	1 Coordenadora do CAPS II 1 Coordenadora do Ambulatório de Álcool e outras Drogas 1 Coordenadora do Ambulatório de Saúde Mental Adulto

Fonte: Elaboração própria

4.3 Referencial teórico-metodológico que conduziu a pesquisa

4.3.1 Pesquisa-intervenção

A *pesquisa-intervenção* (ou intervenção socioanalítica) atua como proposta “(trans)formadora”, aprofundando o rompimento com enfoques tradicionais e ampliando a base metodológica e teórica das pesquisas participativas, “ressignificando a proposta clássica de pesquisa-ação de Kurt Lewin, em que a gênese social precede a gênese metodológica” (Aguiar e Rocha, 2007 citado por Pezzato e Prado⁸³).

Este método afirma que não há separação entre campo de intervenção e campo de análise, teoria e prática, fazer e pensar, apontando que pesquisador e pesquisado são concebidos em um mesmo processo (ROSSI; PASSOS, 2014).

A pesquisa-intervenção está centrada no campo da Análise Institucional (A.I.), “movimento que surgiu na França na década de 60-70, tendo como seus fundadores René Lourau e Georges Lapassade”^{k,84}.

Segundo L’Abbate (2002, p. 197 citado por Pezzato e Prado⁸³) a A.I. “[...] tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e das práticas dos sujeitos”.

Para Lourau⁸⁵ a A.I. tem como princípio a autogestão, assumindo um papel político que possui dois rumos: a Socioanálise – fundadores René Lourau e Georges Lapassade, e a Esquizoanálise – com fundamento nas teorias de Gilles Deleuze e Félix Guattari.

Segundo Rossi e Passos⁸⁴:

“Ardoino e Lourau (2003) dividem a A.I. em três categorias: a) A.I. em ato ou socioanálise; b) A.I. generalizada; c) A.I. restrita. A primeira refere-se à prática de intervenção em organizações-cliente como indústrias, administrações, escolas ou formações. A segunda diz respeito ao conjunto de considerações teóricas que forma um reservatório de dados e conceitos para as diversas intervenções institucionalistas. É um segundo momento na A.I. depois da euforia da intervenção: uma espécie de parada reflexiva. A terceira categoria é relativa a intervenções em instituições específicas: a Igreja, a escola, o Exército”.

Enquanto a A.I. Socioanalítica (Socioanálise) procura intervir na situação com o objetivo de questionar sentidos inertes das instituições e trabalhar suas contradições – a partir da lógica dialética – a esquizoanálise, segundo Barembliitt (2002, p. 151 citado por Pezzato e Prado⁸³), atua enquanto construção de pensamento e de compreensão do real.

Lourau afirma que a essência da Socioanálise não é, tão somente, analisar os outros, mas, também, propor que o pesquisador se autoanalise, o tempo todo incluindo o momento em que realiza suas intervenções⁸³. Sendo assim, a Socioanálise pode ser tomada do lugar de um recurso utilizado para intervir e atuar dentro das

^k Caso o leitor deseje conhecer melhor a gênese da A. I. recomendo o seguinte texto: Savoye A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. *Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia*. Mnemosine. 2007, 3 (2): 181-193 – Artigos Parte Especial.

instituições, enfatizando os processos microsociais e micropolíticos, a partir dos profissionais ou dos usuários da saúde coletiva (Lourau, 1975 e 1993; Hess e Savoye, 1988 e 1993 citados por L'Abbate⁸⁶).

Destarte, para Hess (citado por Romagnoli⁸⁷) a A.I. é a teoria desenvolvida por Lourau e Lapassade, enquanto que a Socioanálise se refere ao método de intervenção utilizada por ela.

A Socioanálise possibilita a realização de uma “pesquisa de intervenção no processo de trabalho das equipes para se conhecer os fenômenos que operam nos seus campos e como se apresentam suas várias forças”, constituindo-se como um potente referencial teórico-metodológico que possibilita a construção de “sujeitos autônomos, éticos e críticos”³⁶.

Dentre as pesquisas participativas, a pesquisa-intervenção apresenta orientação institucionalista. Esta orientação defende que não haja cisão entre sujeito/objeto, considerando, para tanto, a implicação do pesquisador e a indissolúvel construção de conhecimento promovida pela intervenção³⁶.

Mas, o que é **implicação**?

Primeiramente é importante esclarecer que implicação não é sinônimo de engajamento, porque não se trata de ter vontade, ou não, como um processo mental consciente. Ela é mais complexa que isso. A implicação, como explica Monceau⁸⁸ é “a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição” e, uma vez que todos nós desenvolvemos relações com as instituições, não temos como fugir da implicação. Portanto, não se trata de analisar se o sujeito está ou não implicado. Ele está! A questão é analisar como. É uma “análise do sistema de lugares, do assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado a ocupar, com os riscos que isto implica” (Barros, 2007, p. 231 citado por Pezzato e Prado⁸³).

Assim, retomando, não basta analisar as implicações dos sujeitos-clientes, temos também de analisar as nossas implicações, enquanto sujeito-pesquisador.

Se a análise da implicação é a análise dos sistemas de lugares ocupados, logo, Lourau desmembrará este conceito, tomando como pressuposto a qualidade da relação que se estabelece:

“Implicação Institucional se refere ao conjunto das relações entre o ‘ator’ e as instituições; Implicação prática indica as relações que o ‘ator’ mantém com as bases materiais das instituições (o estabelecimento e organização); Implicação sintagmática mostra as relações interpessoais que os grupos apresentam, ou seja, os fantasmas de grupo; Implicação paradigmática delimita a relação entre o saber e o

não saber do grupo, ou seja, os códigos e regulamentos da organização; Implicação simbólica diz respeito à ‘própria sociabilidade, o vínculo social⁸⁵’.

Monceau⁸⁸ nos lembra que Lourau e Lapassade começaram a trabalhar com o conceito de implicação a partir da psicanálise, especificamente no que tange os conceitos de transferência e contratransferência.

Neste sentido, além de estabelecer a qualidade da relação com a instituição, Lourau desenha cinco dimensões desta implicação na intervenção socioanalítica:

“Implicações primárias: 1) implicação do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) implicação na instituição de pesquisa ou outra instituição de pertencimento e, antes de tudo, na equipe de pesquisa/intervenção; 3) implicação na encomenda social e nas demandas sociais. Implicações secundárias: 4) implicações sociais históricas, dos modelos utilizados (implicação epistemológica); 5) implicações na escritura ou qualquer meio que sirva à exposição da pesquisa⁸³.”

Esclarecendo, na intervenção socioanalítica (ou, também podemos chamar de pesquisa-intervenção) o pesquisador apresenta cinco perspectivas de sua implicação: 1) com o campo; 2) com a instituição a que pertence; 3) com a encomenda e com a demanda sociais – chamadas de primárias; 4) com a natureza do conhecimento; 5) com a forma de divulgação dos resultados da pesquisa – estas últimas chamadas de secundárias.

Segundo Kastrup (2008, p. 466 citado por Romagnoli⁸⁷) “o que o conceito de implicação traz de mais importante é apontar que não há polos estáveis sujeito-objeto, mas que a pesquisa se faz num espaço do meio, desestabilizando tais polos e respondendo por sua transformação”.

A autora esclarece que para Lourau esse ‘meio’ surge da realidade estudada, através dos conflitos que são denunciados pelos analisadores.

O **analisador** se configura por situações que colocam a realidade da instituição em análise, “pode ser tomado tanto como o evento que denuncia, quanto aquele portador da potência da mudança⁸⁴”. O fato é que o analisador revela o conteúdo latente, e, assim, promove certa desorganização, na medida em que também pretende ressignificar conteúdos conhecidos⁸⁶.

“A principal fonte de coleta de analisadores concentra-se na pesquisa da história da instituição. O interesse pela análise do material histórico embasa-se na premissa de que reconstruir o passado auxilia na

compreensão de como o mesmo está vivo e atuante no presente e, desde já, determinando o futuro. O levantamento de dados históricos faz parte do modelo de pesquisa-ação ou pesquisa participante: constrói-se de maneira democrática, porque o pesquisador faz com que os sujeitos se transformem em protagonistas do saber. Utiliza-se a autogestão e a autoanálise: os membros do grupo não recebem do exterior um saber, mas são provocados a tomar consciência do que são e, sobretudo, de suas potencialidades”⁸⁹.

O analisador – assim como a análise de implicação, análise da demanda, análise da encomenda e análise da oferta – compõe a estrutura conceitual da A.I.

Grosseiramente, podemos diferenciar estes conceitos com as seguintes perguntas: quem pediu a intervenção e qual foi esse pedido? – análise da demanda e análise da encomenda; o que o analista oferece enquanto intervenção e quais os efeitos para dentro do grupo? – análise da oferta; quais são os acontecimentos que ‘denunciam’ a realidade da instituição? – analisador; e, por fim, de que forma todos nós estamos envolvidos com a realidade institucional? – análise de implicação⁸⁴.

Outro conceito que caminha ao lado do ‘analisador’ é a **transversalidade**, proposto por Guattari. Esses dois conceitos andam juntos porque, na medida em que o analisador diz de algo que ainda não foi revelado conscientemente, a transversalidade se constitui como “lugar do sujeito inconsciente do grupo, o além das leis objetivas que o fundamentam, o suporte do desejo do grupo”, ou ainda, “dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e de uma simples horizontalidade (...) é o próprio objeto da busca de um grupo sujeito”⁹⁰.

A A.I., “a partir da dialética de Hegel, focaliza seu trabalho nos dispositivos analisadores para fazer surgir **o instituinte**”⁸⁷.

O instituinte é o processo de mudança, de vida que movimenta a instituição. Em contrapartida, o instituído é o engessamento, as formas rígidas que compõem as instituições e as organizações.

Nas palavras de Pereira⁸⁹:

“Quando há uma prevalência do instituído, as instituições e seus estabelecimentos capturam os processos de subjetivação singulares, impondo-lhes seu próprio modelo através da centralidade do poder, do saber, do dinheiro, do prestígio, da disseminação da culpa. Por outro lado, quando as forças instituintes emergem, tem-se a possibilidade da produção de novos agenciamentos, novas composições e arranjos próprios de subjetividades livres e desejantes”.

Importante registrar que, quando falamos em instituição não estamos nos referindo à uma organização, com estrutura física.

Segundo Fernandez⁹¹ as instituições se apresentam como questões dadas, resultantes da ação humana. Explicando melhor o autor afirma que:

“Aparatos institucionais, leis, normas e códigos de diferentes tipos são mais facilmente percebidos como instituições às quais estamos de alguma forma submetidos – pensemos ou não no fato de elas terem sido criadas ou mantidas por nós mesmos. Elementos da tradição, valores hegemônicos, verdades científicas, paradigmas e a própria cultura na qual estamos inseridos talvez não sejam tão comumente percebidos como tais. Para ambos os casos, os indivíduos podem estabelecer relações mais autônomas ou, contrariamente, mais heterônomas, isto é, podem tomar estas instituições como dadas por si mesmos ou como instituições dadas por outro(s)”.

Segundo Mourão et al. (2007 citado por Luzio³⁶) “as instituições nascem e desenvolvem-se num determinado momento histórico-político e constituem-se em campos de forças em constante movimento”.

Para Lourau⁸⁵:

“a instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo. Tempo pode ser, por exemplo, dez anos para a institucionalização de crianças deficientes ou dois mil anos para a institucionalização da Igreja Católica. O tempo, o social-histórico, é sempre primordial, pois tomamos instituição como dinamismo, movimento; jamais como imobilidade. Até instituições como Igreja e Exército estão sempre em movimento, mesmo que não tenhamos essa impressão”.

Ao lado do conceito de implicação encontra-se o conceito de **sobreimplicação**, que está relacionado à dificuldade da análise da implicação que se dá por conta da “crença no sobretrabalho, no ativismo da prática⁹².”

“o que interessa à Análise Institucional é a análise de implicações, as pertencas, as referências, as motivações, os investimentos libidinais sempre produzidos nos encontros, nas relações, na história. O que define a sobreimplicação é, ao contrário, uma dificuldade de análise e que, mesmo quando realizada, pode considerar como referência apenas um único nível, um só objeto, impossibilitando que outras dimensões sejam pensadas, que as multiplicidades se façam presentes, que as diferentes instituições sejam consideradas”⁹².

As autoras prosseguem afirmando que a sobreimplicação é parte do mundo globalizado, porque nos remete à pressão por respostas à quantidade de tarefas que nos são depositadas, porém, não se trata de fugir ou evitá-la, mas, sim, de “constantemente colocá-la em análise⁹²”.

Colocar a sobreimplicação em análise é uma tarefa árdua e, sinceramente, por vezes, desagradável. Mas é essencial para a pesquisa. A sobreimplicação revela

conteúdos inacessíveis, no ato de nossa ação. Ela se revela na relação quando uma ação dispara sentimentos, sensações e comportamentos que dificultam e, ou nos impedem de compreender com clareza os movimentos institucionais que se apresentam. Por isso sua análise é imprescindível: se ignorarmos que algo nos afetou tão profundamente, a ponto de nos cegar, todo o trabalho de análise dos dados produzidos será prejudicado e, conseqüentemente, toda a pesquisa estará em risco.

Um momento importante da A.I., para analisar a implicação e a sobreimplicação, tanto do pesquisador quanto dos sujeitos pesquisados, é a **restituição**.

Segundo Lourau⁸⁵ “a restituição enquanto conceito socioanalítico, supõe que se deva, e se possa falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra”. O que são deixadas à sombra são falas trocadas de forma particular e que, por alguma razão, não podem ser ditas publicamente. Este ponto é bastante delicado, pois, como afirma o autor há “um aspecto de indiscrição no conceito de restituição e, mesmo, o risco de se cair na denúncia meramente recriminatória⁸⁵”.

Uma forma muito simples e clara é afirmar que “deve-se enunciar ‘coisas’, e não denunciar outrem⁸⁵”.

Segundo o autor, para que a restituição se constitua enquanto um ato construtivo, há algumas regras importantes a seguir: discrição e momento adequado para sua realização⁸⁵.

Lourau⁸⁵, didaticamente, explica que o momento da restituição “é um pouco como na vida cotidiana, quando escolhemos o que deve ser dito das coisas que pensamos (e quando). Realmente nunca dizemos tudo a que pensamos, não importa em qual situação”.

De forma geral, as restituições são realizadas no início de cada encontro. Mas, nesta pesquisa, dediquei, dois momentos específicos para ela: uma, após cinco meses de minha saída do campo (esta cena está registrada na ‘análise e discussão dos dados produzidos’ como ‘restituição 1’); e, a segunda, em abril de 2018, após a defesa desta dissertação, com a devolutiva dos dados produzidos à equipe (esta cena está registrada como ‘restituição 2’, também no capítulo ‘análise e discussão dos dados produzidos’). Imprescindível registrar, também, que a última restituição influenciou diretamente a escrita das ‘considerações finais’ desta pesquisa, pois envolveu o coletivo de trabalhadores na proposição de ações, micro e macropolíticas, relacionadas ao dilema enfrentado pela transição do serviço.

Para finalizar o tema da restituição é importante assinalar que não se trata, de forma alguma, de:

“um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final; ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e à academia. A restituição como parte integrante da pesquisa é mais um denominador comum pelo menos teórico, entre a socioanálise e os métodos da pesquisa-participante (...). A pesquisa para nós, continua após a redação final do texto, podendo até mesmo, ser interminável. Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de "pesquisador-coletivo", sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições, tanto ao agora talvez ex-pesquisador quanto ao presente social mais imediato ou global. Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa”⁸⁵.

Voltando ao tema da implicação/sobreimplicação: na prática, como eu analisei estes meus conteúdos?

Minhas análises eram disparadas, principalmente, em três momentos: em ato (no campo), na escrita de meu diário de pesquisa e no diálogo (ou em entrevistas) com as pessoas envolvidas neste estudo (especialmente, minha orientadora). Estes momentos me conduziam a um outro ato: a reflexão.

E como saber sobre qual material refletir? Afinal, quando escolhemos utilizar a A.I. para compreender as relações e os movimentos institucionais, escolhemos, também, conscientes ou não, promover um grande encontro conosco e com as instituições e histórias que nos atravessam e nos compõem. Desta forma, como saber para qual parte deste mosaico vivo devo olhar mais profundamente?

Em meu trajeto, tomei como referência duas perguntas centrais: como estou me sentindo? E, por que estou me sentindo assim?

Quando o resultado destas perguntas era intenso (por exemplo, quando eu era atravessada por um sentimento de solidariedade excessivo, ou por uma sensação de profundo cansaço) eu iniciava um processo introspectivo, procurando dentro de mim (a partir de minhas experiências) algo que fizesse conexão e ofertasse sentido. Este é um processo semelhante ao da análise de implicação dos participantes da pesquisa, porém, nesta última, ao invés de realizar um movimento introspectivo, saímos rumo à extrospecção analisando as dinâmicas relacionais entre os sujeitos,

entre eles e a pesquisadora e entre estes e as instituições que os inscrevem naquele contexto.

Confesso que nem sempre essa reflexão era possível no ato da cena (*in loco*). Por isso, tanto o diário de pesquisa como o diálogo com os envolvidos no estudo foram fundamentais.

Portanto, com o objetivo de analisar minhas (sobre)implicações eu precisava estar conectada ao meu corpo para, então, me conectar e compreender os outros corpos. Além disso, era preciso me manter atenta ao problema que minha pesquisa pretendia responder (os processos de trabalho desenvolvidos pelo Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil, a partir do princípio da integralidade), sem perder o novo que cada momento me proporcionava.

Foram realizados dez encontros: sete deles aconteceram em reunião de equipe, sendo dois deles dedicados à restituição; e três encontros se deram no espaço da supervisão clínico institucional. Com exceção da primeira restituição (gravada em áudio), os demais registros foram realizados em diário de pesquisa.

O produto desta vida produzida em campo será apresentado no capítulo a seguir.

4.4 Ferramentas utilizadas na pesquisa

Como descrito anteriormente, a proposta inicial desta pesquisa abarcava a participação de outros serviços da RAPS e, após a qualificação, foram utilizados como campos satélites para compreensão do macro contexto.

Desta forma, as ferramentas descritas abaixo contemplam minha inserção nestes outros campos – com exceção do diário de pesquisa, que também foi utilizado na pesquisa-intervenção.

4.4.1 Observação participante

A observação participante foi realizada no espaço de reunião de equipe do Ambulatório de Saúde Mental Adulto, sendo 4 encontros consecutivos, uma vez por semana. O instrumento utilizado para registro das informações foi o diário de pesquisa. Utilizou-se, também, um modelo de agenda (Apêndice 4), criado por mim, para que os profissionais descrevessem suas atividades durante a semana. Este instrumento se fez necessário porque, nas reuniões de equipe, era possível visualizar o movimento do serviço como um todo, mas não era possível identificar as atividades de cada profissional dentro deste sistema (via-se o todo, mas não se via as partes que o compõe).

4.4.2 Diário de pesquisa

O diário de pesquisa é uma técnica utilizada na investigação e nos processos de intervenção.

Hess⁹³ afirma que “o diário é uma escrita de fragmentos. A redação do vivido é sempre limitada. Não é possível dar-se conta de forma exaustiva do cotidiano” e continua, “o diário é uma escrita transversal (...) mesmo centrado sobre um tema, sobre uma pesquisa, o diário não impede jamais a implementação da perspectiva transversal”.

Sobre o questionamento a respeito da cientificidade do diário, o autor faz a seguinte analogia:

“A arqueologia se interroga para saber se um martelo é científico? Não. Ela o utiliza inteligentemente ou não, no seu trabalho de escavação. Em matéria de diário, a ciência se encontra numa relação adequada com esta técnica de coleta de dados. E uma dimensão desta relação se encontra na distância com que se constrói o diário, quando da releitura, e na exploração que se faz nos dados recolhidos nos escritos mais elaborados”⁹³.

No diário também tomamos distância, a partir da compreensão de dois momentos: o da leitura e o da releitura. O primeiro acontece no ato da escrita, pois, ao nos recordamos de pontos já escritos sobre determinado tema e, ao procurar estes pontos, passamos a reler as várias passagens registradas. No caso da releitura, consideramos o diário como um todo e, desta forma, projetamo-nos para o futuro, a partir de eventos do passado, emergindo uma tomada de consciência que, no momento do relato, não era possível, passando de “uma consciência comum a uma consciência filosófica das coisas, compreendendo de onde vêm as ideias, como se formou a consciência, como ela conseguiu ultrapassar certos erros, etc”⁹³.

Lourau (2004a, 1993, pp 51 e 77 citado por Jesus, Pezzato e Abrahão⁹⁴) afirma que o diário “seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social (...) trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa”.

Hess⁹³ descreve inúmeras possibilidades de construções de diário: diário íntimo, diário de viagem, diário filosófico, diário de formação, diário institucional, diário dos momentos e, por fim, diário de pesquisa, no qual “o pesquisador registra suas hipóteses e seus achados (...) visa a reunir informações que o autor e seus colaboradores pretendem explorar ou tratar de uma maneira ou de outra em um tempo posterior”.

Assim, podemos inferir que o diário é um instrumento singular e imprescindível para quem pretende vivenciar o campo da pesquisa qualitativa. O ato de escrever não é um mero registro dos acontecimentos externos, mas, também, o contato e a descrição de nossas subjetividades, pensamentos, sentimentos que nos mobilizam ou paralisam e, a partir deles, podemos analisar nossa implicação. Desta forma, como afirmam Jesus, Pezzato e Abrahão,⁹⁴ “a cada escrita corresponde um código em uma escala que se inicia de uma escrita mais íntima para uma mais pública”.

4.4.3 Entrevistas semiestruturadas individuais

Realizei uma entrevista individual com os coordenadores dos seguintes serviços: dos dois ambulatórios citados, do SRT, do Consultório na Rua, das ESFs e da Coordenação de Saúde Mental.

Os conteúdos destas entrevistas foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos de forma integral (os áudios foram deletados após a transcrição, conforme acordado com os entrevistados). Os roteiros das entrevistas encontram-se nos Apêndices 1, 2, 5, 6, 7 e 8.

4.4.4 Entrevista semiestruturada coletiva

Realizada com os gestores da Atenção Básica do município, incluindo a coordenadora geral e apoiadores territoriais. Este encontro foi coletivo por duas razões: primeira, para otimização do tempo; e, segunda, porque havia conteúdo a ser explorado em todos os territórios. O roteiro da entrevista encontra-se no Apêndice 9.

4.4.5 Questionário eletrônico

Utilizei a ferramenta 'Google Formulários' em três situações: 1) para acessar os profissionais médicos dos ambulatórios pesquisados – como última tentativa de aproximação, uma vez que o acesso presencial se fez impossível, dada a dificuldade de encontrá-los e sensibilizá-los para a pesquisa (Apêndice 11); 2) objetivando ampliar minha leitura sobre o contexto municipal, criei dois formulários: a) como descrito anteriormente (Apêndice 3), um deles contemplou os serviços da Política de Saúde Mental, que não puderam ser acessados presencialmente; b) o outro foi direcionado à gestão da AB (Apêndice 10).

Para facilitar a compreensão a respeito das abordagens e ferramentas utilizadas nesta pesquisa (técnicas e dispositivo de intervenção) apresento, a seguir, um quadro ilustrativo.

Quadro 7 – Abordagens e ferramentas utilizadas na pesquisa, por serviço e participantes

Serviços da RAPS	Abordagens e Ferramentas	Periodicidade	Participantes
Ambulatório Saúde Mental Adulto	Observação participante	4 encontros	Trabalhadores, incluindo a coordenação e excluindo os médicos
Ambulatório Saúde Mental Infanto-juvenil	Pesquisa-intervenção (dispositivo de intervenção)	5 encontros de intervenção	Trabalhadores, incluindo a coordenação e excluindo os médicos
		2 encontros de restituição (um gravado e o outro registrado em diário de pesquisa)	
		3 encontros de intervenção	Supervisora clínico-institucional e trabalhadores (exceto coord. e médicos)
eCR	Entrevista individual	1 encontro	Coordenador
SRT			Coordenadora
Atenção Básica	Entrevista coletiva	1 encontro	Coordenadora e apoiadores territoriais
	Questionário eletrônico		
	Entrevista individual		Coord. PSF/ESF
Saúde Mental	Entrevista individual	1 encontro	Coordenadora
Medicina	Questionário eletrônico	1 aplicação	2 médicos
Outros serviços	Questionário eletrônico	1 aplicação	Ambulatório de Saúde Mental para Adultos, Ambulatório de Álcool e outras Drogas e CAPS II.

Fonte: Elaboração própria

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS

*Isso exige um estudo profundo
Uma aprendizagem de desaprender.
(Alberto Caeiro)*

A análise dos dados produzidos será realizada a partir do referencial teórico da Análise Institucional (A.I.), uma vez que a inserção em campo se deu através da Pesquisa-Intervenção.

Segundo Costa-Rosa (2000 citado por Luzio³⁶), as ferramentas e os conceitos relacionados à análise institucional configuram-se como instrumentos fundamentais na “abordagem dos microprocessos institucionais no campo da Saúde Mental, pois esta se relaciona com o contexto social em que se insere, por intermédio das demais instituições como saúde, família, educação, religião entre outras”.

Os dados serão apresentados e analisados em um mesmo capítulo, buscando promover uma escrita integrada, a partir das etapas que compõem a Socioanálise: análise da encomenda e da demanda, analisadores, análise da oferta e análise de implicação, dos sujeitos pesquisados e da pesquisadora.

Importante assinalar que as demandas geram a encomenda, portanto, a análise da encomenda está implícita na análise da demanda (e não serão separadas). Da mesma forma ocorre com a análise da oferta, que conta com a análise de implicação da pesquisadora. Aliás, a análise dos dados descritas separadamente é mera tentativa didática de explicitar as vivências do processo de pesquisa, pois, no dia-a-dia da intervenção a encomenda, a demanda, os analisadores, a implicação se entrelaçam em um rico e dinâmico movimento relacional.

Contudo, antes de iniciarmos, se faz importante registrar o começo da história com este serviço.

Minha primeira aproximação com o ASM Infante-Juvenil se deu em meados de 2016 quando, a partir da indicação da coordenadora de saúde mental do município, fui autorizada a entrar em contato com o serviço.

Logo na primeira ligação fui atendida pelo coordenador da época que, de forma muito atenciosa, se comprometeu em conversar com a equipe e discutir a

possibilidade deste serviço ser um de meus campos de pesquisa. Ele adiantou que, possivelmente, minha entrada não seria um problema, ainda mais por eu ter sido trabalhadora da saúde mental infanto-juvenil o que, segundo ele, facilitaria minha chegada.

Após a aprovação de meu projeto, pelo Secretário Municipal de Saúde, retomei o contato com este ambulatório.

O antigo coordenador respondeu que havia deixado a gestão, mas que repassaria meu e-mail ao atual coordenador. Este, entrou em contato e agendamos o primeiro encontro, em uma reunião de equipe. Anteriormente a este momento, lhes encaminhei o projeto de pesquisa para que todos pudessem ter contato e esclarecer suas dúvidas na reunião que realizaríamos.

Na ocasião deste encontro estavam presentes, além da equipe, uma docente universitária e duas estagiárias de psicologia, que apresentavam o trabalho final realizado naquele campo. Assim que a pauta foi concedida, comecei explicando o objetivo de minha pesquisa e a proposta metodológica. Nesta ocasião entreguei a todos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, solicitando que realizassem a leitura e me devolvessem assinado, em caso de concordância com os termos, na próxima reunião.

Inicialmente a metodologia pensada para este serviço se concentrava em quatro encontros, na reunião de equipe, utilizando a observação participante. Porém, no terceiro dia em campo os profissionais solicitaram que eu ocupasse outro lugar: o de quem intervém. Assim, para atender a demanda dos trabalhadores, e após diálogo com minha orientadora, o método utilizado passou a ser a Pesquisa-Intervenção.

Para a realização da análise dos dados produzidos é imprescindível esclarecer dois pontos: um, sobre o fato do serviço ser um Ambulatório de Saúde Mental; e dois, o fato deste ambulatório estar em processo de transição para CAPSi e, portanto, sendo demandado a atuar na perspectiva da reforma psiquiátrica, cujos princípios e diretrizes foram explicitados no item “Introdução” desse trabalho.

No que se refere ao ponto um, sinalizo a primeira contradição que envolve o contexto pesquisado: os ambulatórios de saúde mental não fazem parte da RAPS. Esta modalidade de atendimento foi criada a partir da Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992⁶²:

“O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas

nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais”.

A Portaria segue apontando para os princípios de hierarquização e regionalização, conforme estabelecido pela Lei Orgânica nº 8080/90, porém indica que a definição da população a ser atendida deveria ser realizada pelo órgão gestor local⁶². Esclarece, ainda, no item 1.3, que dentro das atividades a serem realizadas por estes estabelecimentos, através de equipe multiprofissional, estão: os atendimentos individuais, grupais, visitas domiciliares e atividades comunitárias.

Esta mesma legislação contempla a modalidade de atendimento em CAPS ou NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) que, posteriormente, foi revisada pela Portaria GM/MS nº 336⁴⁶ estabelecendo que:

“os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria”.

Segundo pesquisa realizada por Severo e Dimenstein⁹⁵ há, no Brasil, aproximadamente, 862 serviços ambulatoriais de saúde mental, que se caracterizam pelo atendimento de menor gravidade. Seguem as autoras afirmando que este modelo apresenta baixa articulação com a rede de atenção em saúde, são foco de consultas de especialistas (psicologia e psiquiatria), apresentam baixa resolutividade, além das intermináveis listas de espera.

Embora a Portaria que estabelece a criação da RAPS (Portaria nº 3.088) tenha sido promulgada em 2011, a contradição está no fato de que em 1992, quase dez anos antes da aprovação da Lei 10.216/01, já se apontava a construção dos Centros ou dos Núcleos Psicossociais, então, por qual razão este município (e tantos outros) optou pela criação deste modelo de atendimento?

Os Ambulatórios de Saúde Mental, historicamente, se vinculam ao trabalho médico-centrado, no qual sua função era complementar, e não substitutiva, ao modelo hospitalar⁹⁵.

Importante registrar que o ambulatório em questão foi inaugurado em 2007, ou seja, seis anos após a aprovação da legislação que redireciona o modelo de atendimento em saúde mental, e que não faz qualquer referência a este tipo de atendimento (Lei nº 10.216/01), e cinco anos após a publicação da Portaria que

descreve as modalidades de CAPS a serem implantadas enquanto serviços substitutivos ao modelo asilar e manicomial (Portaria nº 336/02).

A segunda contradição está no fato de que, em 2017, após seis anos da promulgação da Portaria que constitui a RAPS, este município ainda opera no modelo ambulatorial em praticamente todos os seus serviços de saúde mental (dispondo de, apenas, um CAPS II, até o momento de conclusão desta pesquisa).

“O surgimento dos ambulatorios especializados em saúde mental no Brasil ocorreu na década de 20, com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental, objetivando prevenir transtornos mentais na população. Nessa estratégia, a psiquiatria atuaria mais próximo da comunidade, na perspectiva de normalização social, da eugenia, do exercício de uma vigília, do controle dos imigrantes e dos matrimônios, na tentativa de evitar uma deterioração hereditária (Lougou, 2006). Essa lógica perdurou até a década de 80, quando foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), através do qual ocorreu um grande investimento do Estado no sistema de atendimento público, priorizando a reforma dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extramuros, na busca da reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental. Entretanto, essa reforma assistencial não obteve êxito. Goulart (2006) aponta, em estudo feito em Minas Gerais, o aumento da procura da população pelos ambulatorios de saúde mental para adquirir receitas médicas e psicotrópicos e a distorção da demanda, excluindo os casos graves e os problemas de resolatividade (psicologização e medicalização da mesma). Santos (2007) aponta ainda a manutenção do ciclo crise-internação-alta-crise-reinternação pela falta de uma política assistencial que delimitasse o funcionamento dos ambulatorios e pela falta de capacitação dos profissionais de saúde mental. De acordo com esse autor, “a proposta de ambulatorização não questionava os efeitos negativos do manicômio: a cronificação, a estigmatização do sujeito internado, a hierarquização entre os membros da equipe, o imperativo do saber médico” (p. 67). Desse modo, vemos que o processo de ambulatorização da saúde mental ocorrido no País resultou na cronificação da população assistida, atraindo novos pacientes e elevando o consumo de psicotrópicos. Tais consequências são sentidas até hoje, aspecto que consideramos problemático no processo de reforma psiquiátrica, já que esta busca operar a mudança paradigmática do modo asilar hegemônico para o modo psicossocial”⁹⁵.

Obviamente não podemos desconsiderar o processo administrativo burocrático que envolve o cadastramento dos serviços e o repasse dos recursos financeiros, mas, por que somente agora, demandando a intervenção do Ministério Público?

Ademais, embora ainda não cadastrados como CAPSi (ou CAPSij), a equipe tem sido pressionada a atuar como tal. E, novamente, mais uma contradição. Observe o quadro abaixo:

Quadro 8 – Equipe atual e equipe prevista para CAPSi

Equipe atual	Equipe prevista para CAPSi ¹
1 Coordenador	
2 Terapeutas Ocupacionais 3 Psicólogos	4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
1 Enfermeira	1 Enfermeiro;
1 Técnica de Enfermagem 1 Recepcionista	5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;
2 Médicos	1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental.

Fonte: Elaboração própria

Cabe esclarecer que o CAPSi⁴⁶ se configura como:

“serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população **de** cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos”.

Esta apresentação é fundamental, pois, quando comparamos a coluna que trata da situação atual de profissionais do ASM e a coluna dos recursos humanos instituídos pela legislação podemos incorrer o erro de afirmar que a equipe possui um profissional de ensino superior e um médico além do previsto, em contrapartida, faltariam três profissionais de nível técnico ou médio.

Porém, é elementar que compreendamos que o recorte populacional desta legislação é de 200.000 habitantes e que o Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil é referência para todo o município pesquisado, com aproximadamente 400.000 habitantes, além dos municípios vizinhos que não contam com esta modalidade de atendimento. Logo, podemos afirmar, que **há ausência de oito**

¹ Conforme a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

profissionais de ensino médio, de um profissional de enfermagem e de três profissionais de ensino superior, pois, neste contexto o serviço recebe demandas suficientes para duas equipes de CAPSi, quando partimos de sua realidade populacional. Logo, não é exagero afirmar que esta equipe **atua na ausência de 12 profissionais**. Além disso, a atual carga horária médica é extremamente diminuta, como apontarei adiante.

A seguir, serão apresentadas as análises dos dados produzidos. Os discursos e observações, extraídos do diário de pesquisa ou das gravações das reconstituições, serão representados da seguinte forma: **FP** (fala do profissional) e **OP** (observação da pesquisadora). Não serão identificadas as profissões ou gênero dos participantes, sendo assim, eles serão diferenciados por letras, considerando a ordem de aparecimento na análise.

5.1 Análise da demanda

“Possivelmente minha entrada não seria um problema, ainda mais por eu ter sido trabalhadora da saúde mental infanto-juvenil o que, segundo ele (coordenador à época), facilitaria minha aproximação com a equipe e poderia contribuir com o momento de reorganização do serviço” (Diário de pesquisa – OP em julho/2016).

Desde o início, ao mesmo tempo em que sou extremamente acolhida, sou colocada no lugar de quem poderá contribuir para minimizar a angústia dos trabalhadores.

“Você é a ‘luz no fim do túnel’” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – FP ‘a’ em 20/12/2016).

Compreendo que, na fantasia inconsciente deste coletivo, ocupo dois lugares que se intercalam: o de salvadora e o de sobrevivente, ou seja, alguém que já vivenciou experiências de angústia em um equipamento semelhante, podendo compartilhar suas histórias, como em um grupo de ajuda mútua que se fortalece através dos pares. Sinto que a equipe precisa reconhecer-se no olhar do outro, precisa encontrar no outro um lugar de acolhida e amparo neste momento de reorganização.

Não sou vista como a detentora do saber acadêmico, mas como alguém que, por experiência própria, poderia ajudá-los de forma objetiva a encontrar saídas possíveis. Este ponto poderia indicar ausência de conhecimento, não somente por parte dos trabalhadores da equipe, mas também da gestão, acerca dos arranjos organizacionais que norteiam os trabalhos dos CAPS. Porém, é uma equipe conectada às atualizações legais e, tanto os trabalhadores, como o gestor local e a gestora da Saúde Mental demonstraram, ao longo da pesquisa, conhecimentos sobre o funcionamento deste dispositivo.

Contudo, é possível supor que a grande demanda de cuidado está calcada no fato desta equipe não ter respostas concretas sobre o caminho a seguir, produzindo nebulosidade e insegurança, pois as decisões políticas não são transmitidas de forma

clara. Outro fator de grande contradição é atuar no modelo de CAPS não tendo nem espaço físico, nem equipe para tal. Essa ausência de recursos e de suporte provoca dúvidas em relação às possibilidades de cuidado da equipe e, também, em relação ao limite corporal de todos (corpo dos trabalhadores, corpo do estabelecimento de saúde e corpo das instituições). Até onde se pode ir, e como, diante da escassez de espaço físico e de trabalhadores?

Segundo o Conass⁹⁶, em documento produzido sobre a desprecarização do trabalho no SUS^m, “os trabalhadores de saúde (...) devem ser incorporados como sujeitos e criadores de transformação e não como meros agentes cumpridores de tarefas ou objetos de políticas desumanizadas”. Este documento segue afirmando que tal posicionamento foi assumido pelos Secretários Estaduais de Saúde, em abril de 2004. Além disso, aponta que “o trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde”, comprometendo tanto a relação dos trabalhadores com o sistema, como a qualidade dos serviços prestados⁹⁶. Embora este documento reconheça a precarização do trabalho no SUS como relacionado somente ao vínculo empregatício (defendendo contratações que garantam os direitos trabalhistas), podemos afirmar que a precarização do trabalho também está relacionada à falta de recursos (humanos e materiais) possíveis para a continuidade do cuidado. Mesmo que haja número suficiente de trabalhadores, dignamente remunerados e com seus direitos trabalhistas garantidos, se não houver espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de cuidado, ou material para a consolidação das atividades, a população também terá prejuízos no atendimento recebido.

Este é um ponto fundamental que deve ser revisto pela macrogestão. Mesmo com duas equipes de trabalho neste serviço, o espaço físico não seria capaz de acolhê-los ao mesmo tempo (e aqui, não me refiro somente aos números de sala para atendimentos individuais ou grupais, mas aos espaços físicos necessários para a realização de outras atividades que extrapolem o modelo clássico de atendimento, pois a parte da frente da casa – alugada para este fim – não comporta atividades externas e, também, a parte dos fundos é pequena, embora os trabalhadores resistam

^m Brasil. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília/SF: Ministério da Saúde; 2006.

tentando ocupar os espaços possíveis pintando no chão brincadeiras como ‘amarelinha’).

Poderíamos, então, sugerir que, a partir da restrição de espaço físico, parcerias fossem construídas extramuros. Sim, sem dúvidas. Porém, para que seja possível o deslocamento para outros espaços de vida, que compõem o cenário da cidade, é preciso estrutura: de transporte (seja ela em forma de bilhete do transporte público, ou de carro exclusivo do serviço) e de trabalhadores (tanto para saírem em dupla, ou trio – dependendo da atividade – como para constituir suporte dentro do serviço). Atualmente, com o número reduzido de trabalhadores, torna-se difícil esta logística.

“O que você faria?” (*Diário de pesquisa – Encontro 3 – FP ‘b’ em 05/01/2017*).

A encomenda é verbalizada de forma clara no terceiro encontro que tenho com a equipe – no dia estabelecido para o retorno da supervisão clínico-institucional, mas a profissional não pôde comparecer. O reconhecimento do lugar de saber prático me conecta a essas pessoas, ao mesmo tempo em que mobiliza afetos em diversas direções. Importante registrar as palavras de Spinoza⁹⁷, quando afirma que a nossa potência de agir pode ser aumentada ou diminuída a partir do encontro dos corpos, dos afetos produzidos nestes encontros. Para o autor: “um corpo em movimento continua a mover-se até que seja determinado por outro corpo a repousar; e um corpo em repouso também continua a repousar até que seja determinado por outro ao movimento⁹⁷.”

Com esta citação de Spinoza aponto que a equipe estava em movimento, e provocaram movimento em mim. Os trabalhadores, nesta cena, não estavam em repouso. Este ponto é importante ser assinalado porque, em diversos momentos, o repouso se fez presente, a inércia, a impossibilidade de agir. Mas havia potência de movimento nesta equipe, e esta potência pode ser representada na seguinte fala do coordenador: *“eu acho que é uma equipe que trabalha, que não tem medo de arregaçar a manga, uma equipe humana, que compra a causa, bastante dedicada, é uma equipe que tem bastante conhecimento, de diversas coisas não só dos assuntos de lei, a equipe segura bem a onda... sempre tem um desafio de trabalhar com o*

diferente, uma pessoa não é igual à outra, não pensa como a outra. E se a coisa apertar é uma equipe que se cuida, é companheira. Está em processo, eu também”.

“Troco saberes das minhas experiências sobre como acontece em Campinas/SP” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – OP em 05/01/2017).

Há uma força instituinte na equipe que busca desconstruir esquemas de trabalho ultrapassados.

Observa-se, através da análise documental, que a equipe, independentemente de sua formação, desde a fundação do equipamento registra interesse em conhecer outros serviços. No início, elencaram três municípios para visitar, mas, somente puderam estar em um deles, anos depois, porque não havia investimento da macrogestão (SMS). Ainda hoje, sair dos serviços é uma tarefa de muitas negociações, então, a equipe aproveita cada oportunidade para ampliar seu olhar sobre o fazer do CAPSi, e isto inclui leituras e o aproveitamento de minha presença.

É possível pensar que uma forma concreta de investimento da SMS, neste momento de reordenamento do serviço, tenha sido a contratação da supervisão clínico-institucional. Como vimos na introdução, este é um dispositivo previsto pela Portaria MS/GM nº 1.174/2005, desenvolvido por um agente externo, que não atua no CAPS, juntamente à equipe do serviço, através da problematização de casos clínicos. Esta problematização deve estar conectada não somente ao sujeito, mas, à rede, ao serviço, à gestão estabelecendo uma relação entre as dimensões político e clínica⁶⁹.

Fui convidada a participar das supervisões e, após a assinatura do TCLE por parte da supervisora, estive com eles em três momentos.

“A supervisão só traz leis e diretrizes” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – FP ‘b’ em 05/01/2017)

“Apontam que não desejam furtar-se da reflexão, mas que não encontram saídas na supervisão” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – OP em 05/01/2017)

Nos dias de supervisão a dinâmica do serviço mudava. Primeiro, o gestor local não estava presente, pois, ele estava concluindo uma especialização e a supervisora não poderia estar presente nos dias em que todos da equipe se encontravam no equipamento. Além disso, havia muitas queixas sobre esse espaço, que não tinha uma conexão direta com a pessoa da supervisora (que, inclusive, é bastante qualificada), mas que dizia de uma angústia que se acentuava, pela ampliação do vazio.

As ações não eram problematizadas de forma objetiva, como demandava a equipe. Ao mesmo tempo, os trabalhadores também não apontavam para a supervisora seus descontentamentos e incômodos. Era um momento de despotencialização, de falta de investimento libidinal, que os impedia, inclusive, de sinalizar seus afetos. Minha sensação era de estar diante de um corpo institucional psicótico. Tal sensação se fez palavra, em outro encontro, na voz de uma trabalhadora: *“eu sinto que a equipe está compartimentalizada, falta um corpo, falta estrutura, falta sala de brinquedos, falta espaço de acolhimento adequado”* (Diário de pesquisa – Encontro 6 – FP ‘c’ em 19/01/2017).

Esta "psicose institucional" demandava, no primeiro momento de crise, ser tratada de forma concreta, compreendendo que aqueles trabalhadores compunham um corpo (institucional) que, naquele momento, não conseguia simbolizar. E, na impossibilidade de simbolização, a tarefa de encontrar saídas ou projetar novas perspectivas torna-se demasiadamente difícil, porque o que se vê e o que se sente é o vazio promovido pela desorganização estrutural.

“A equipe parece não interagir, não problematizar, poucos se colocam nas reuniões de equipe ou na supervisão e, geralmente, são sempre as mesmas pessoas” (Diário de pesquisa – Encontro 6 – OP em 19/01/2017)

Um fato que chamou muito a minha atenção foi a impossibilidade dos profissionais se posicionarem nas reuniões, ou na supervisão. Percebo que há interação entre eles em espaços informais, pois conversam sobre o que pensam e o que sentem, mas a partir de uma relação de confiança. No contexto coletivo, muitos se calam enquanto outros assumem posições de porta-vozes do grupo. Um assume o lugar de quem sempre reclama, o outro de quem se sente persecutório por não ter

controle sobre tantas mudanças, outro representa a vida institucional tentando propor novas ações de cuidado.

“Em seguida um deles comenta, apontando para o livro-ata que eu estava em mãos: ‘viu, era isso que tinha que ser feito, para entender o serviço e conhecer a história’” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – FP ‘b’ em 05/01/2017).

Analiso que neste momento eles se conectam comigo porque interpretam o meu ato de ler a história do serviço como um cuidado. É uma equipe que precisava de *holding* (utilizando o termo do psicanalista Winnicott), no sentido de acolhimento, de sustentação.

O tema do *holding institucional* ainda não tem sido consideravelmente explorado nas produções científicas. Muito se discute sobre a alienação no trabalho, sobre os processos de adoecimento do trabalhador ou sobre a necessidade de educação permanente, mas é ínfima a reflexão sobre a importância do acolhimento dos trabalhadores no sentido de uma sustentação (um “colo” simbólico) institucional. Este conceito não diz somente da importância da instrumentalização ou aperfeiçoamento do trabalhador para atuar em seus desafios cotidianos, mas, sim, de acolhimento da demanda de angústia, da sensação de desamparo e de aniquilamento que envolve sujeitos individuais e coletivos, principalmente, em momentos de significativas transformações.

Golin e Benetti⁹⁸ em seus estudos sobre o acolhimento precoce de crianças em instituições, abordaram rapidamente este conceito. Segundo as autoras:

“os cuidadores, por sua vez, também manifestaram a demanda por um *holding institucional*, uma sustentação de seu trabalho, que promova condições de cuidados estáveis e que permita um envolvimento mais próximo e claro com as crianças. Além disso, verbalizaram a necessidade de maior amparo emocional para lidarem com os seus sentimentos e fantasias, acionados durante a interação com as crianças”.

Este tema torna-se ainda mais importante quando compreendemos o impacto que as instituições têm em nossa identidade.

Segundo Kaës⁹⁹ “a instituição nos precede, nos determina e nos inscreve nas suas malhas e nos seus discursos (...) descobrimos também que a instituição nos

estrutura e que contraímos com ela relações que sustentam a nossa identidade”.

Prossegue o autor:

“Mais radicalmente, somos confrontados com o pensamento de que uma parte de nosso Self está ‘fora de si mesma’, e que aquilo que está ‘fora de si’ é o mais primitivo, o mais indiferenciado, a base do nosso ser, ou seja, tanto aquilo que, ao pé da letra nos expõe à loucura e ao desapossamento, à *alienação*, quanto aquilo que fomenta a nossa capacidade criadora”⁹⁹.

Integrando as ideias de *holding*, do psicanalista Winnicott, e de Kaës, psicanalista que estudou as instituições, podemos afirmar que mais do que um estabelecimento de saúde, o ambulatório é parte constitutiva da identidade de seus trabalhadores. Quando esta instituição (no sentido de movimento, de campos de forças) que os constitui ameaça ruir o que se vivencia é o caos, que coloca em xeque a estrutura construída em cada indivíduo, através do tempo e das relações. A maneira como cada trabalhador se defenderá desta desorganização dependerá, também, de suas estruturas subjetivas que contemplam, não somente aspectos psíquicos da construção de sua identidade pessoal, mas também sua implicação com o espaço e com o trabalho no qual está inserido.

Kaës⁹⁹ ainda afirma que “para o psiquismo, a instituição encontra-se, como a mãe, na base dos movimentos de descontinuidade instaurados pelo jogo do ritmo pulsional e da satisfação”. Ora, se a instituição simbolicamente atua como campo da maternagem é inegável a necessidade de acolhimento dos sentimentos e emoções que envolvem a vivência de determinado momento conflituoso, neste caso, do momento de reordenamento de um serviço que, até então, era previsível e estável.

“Eu fico tão indeciso, me sinto tão esquizofrênico com essa questão (do ambulatório tornar-se CAPS), tão cindido, porque eu tenho tanta pressa e eu quero que demore tanto, ao mesmo tempo” (Diário de pesquisa – Restituição 1 – FP ‘d’ em 27/06/2017).

É possível observar a existência de vontadeⁿ, por parte dos trabalhadores, em reordenar o serviço, mas há muitos vazios a serem preenchidos.

ⁿ No sentido em que Spinoza⁹⁷ coloca: que a vontade é concebida a partir de uma causa determinada e que se refere a “capacidade de afirmar ou negar que algo é verdadeiro”.

Kaës⁹⁹ afirmou que:

“o que provoca tais estados de sofrimento patológico (das instituições) quase sempre pode ser relacionado com uma mudança/ou uma ameaça de mudança no alicerce institucional, no seu quadro que recebe como depósito as partes não diferenciadas e não integradas de psiquismo”.

A fala deste trabalhador representa o sentimento constante de desintegração vivido pela equipe. O receio do desconhecido está relacionado não somente ao que fazer, agora que o serviço virá a ser CAPS, mas como as relações humanas, políticas, institucionais, sociais e culturais influenciarão estes novos fazeres. Não é de desconhecimento da equipe os processos de trabalho que consolidam as ações do CAPSi, inclusive porque, apesar de suas dificuldades, a equipe tem buscado construir PTS, articulações de rede e de matriciamento, discussões de casos clínicos. Porém, não saber se a demanda aumentará (com a equipe já reduzida), se haverá pedido de permanência-dia (em um espaço geográfico pequeno), se as construções criativas e potentes serão legitimadas pela macrogestão, se o processo de trabalho produzirá saúde e superação dos modelos atuais, tem provocado esse sofrimento. Ainda nos remetendo a Kaës⁹⁹ “somos então confrontados com os nossos núcleos indiferenciados, com a angústia diante daquilo que representam para nós de perigosamente desconhecido, de não-identidade”.

5.2 Alguns Analisadores

O dispositivo da pesquisa-intervenção faz emergir inúmeros analisadores.

Como descrito anteriormente, o analisador se configura por situações que colocam a realidade da instituição em análise, “pode ser tomado tanto como o evento que denuncia, quanto aquele portador da potência da mudança”⁸⁴. O fato é que o analisador revela o conteúdo latente, e, assim, promove certa desorganização, na medida em que também pretende ressignificar conteúdos conhecidos⁸⁶.

“Na semana de sua aprovação eu precisei dizer à Secretaria que, ou eles me retornavam até o final daquela semana, ou eu mudaria o município a ser pesquisado” (Diário de pesquisa – OP em dez/2016).

“Tomei ciência que a fila de espera para inserção no tratamento é de um ano, aproximadamente” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – OP em 20/12/2016).

“Aí a gente faz grupo de acolhimento, aí tem uma lista de espera para grupo de acolhimento. A gente faz o grupo de acolhimento, põe numa lista de espera para atendimento, depois de 6 meses a gente fala assim ‘ah, agora faz bastante tempo, vamos avaliar de novo, vamos chamar de novo’ e assim a gente vai... a gente não consegue sair desse ciclo” (Restituição 1 – FP ‘b’ em 27/06/2017).

Um dos analisadores desta pesquisa é a espera. Este verbo, 'esperar', está presente em diversas conjugações relacionais: na minha relação com a Secretaria de Saúde, na relação do usuário com o Ambulatório de Saúde Mental, na relação dos profissionais com a reestruturação do modelo de atendimento, na relação da gestão com o ente Federativo (por conta do repasse financeiro para sustentação dos equipamentos substitutivos), na espera da Secretaria de Saúde em reconhecer a importância da equipe de Saúde Mental na Atenção Básica.

O analisador ‘espera’ denuncia a incoerência do sistema em ofertar acesso, mas não ofertar integralidade e equidade no cuidado. Até o dispositivo instituído para promover acolhimento (grupo de acolhimento) acabou se envolvendo neste movimento institucional.

Na segunda restituição, realizada em 10/04/2018, os trabalhadores relataram que a fila de espera para o grupo de adolescentes havia sido resolvida, a partir de uma ação realizada, nomeada por eles como “mutirão”, que constou com o

chamamento de todos os adolescentes, que aguardavam atendimento. Estes adolescentes foram avaliados em alguns encontros (geralmente são realizados quatro encontros) e, dentre aqueles que não demandavam atendimento para CAPSi, foram referenciados para as ESF de seu território. Porém, o grupo de crianças entre 5 e 8 anos ainda não consegue absorver a demanda reprimida. Nesta mesma restituição, sou informada que algumas ESF têm realizado grupos com crianças. Sugiro, portanto, que os profissionais identifiquem quais são estas unidades, pois, é possível que algumas crianças atendidas pelo grupo de acolhimento possam ser referenciadas para estes espaços, abrindo a possibilidade de inserção de novas crianças que aguardam atendimento. Por conta desta dificuldade, o grupo de acolhimento desta faixa etária perdeu seu *status* de grupo de chegada e tem se configurado como um dispositivo misto, entre chegada e tratamento, uma vez que não existe vaga para tratamento para dentro do CAPSi. Desta forma, as crianças que não podem ser referenciadas à AB, por conta da complexidade do sofrimento, acabam permanecendo neste grupo por tempo indeterminado. Outra solução que os trabalhadores têm tentado construir se refere à entrada de uma nova profissional de psicologia. Esta profissional está no serviço há menos de um mês (foi transferida de um dos ASM para adultos), após a saída do coordenador, que também é psicólogo. Com esta saída, a coordenação passou a ser exercida por uma terapeuta ocupacional. Logo, espera-se que a chegada desta profissional possa, de alguma forma, reorganizar os dispositivos de cuidado para as crianças.

Outro ponto deste analisador se correlaciona ao sinônimo de expectativa. Neste caso, através das falas dos trabalhadores, podemos pensar que a rede e a macrogestão também esperam que os profissionais do ambulatório resolvam as demandas apresentadas.

“A escola encaminha muito. O PSF encaminha muito... casos que a gente está vendo que não é para cá” (...) (Restituição 1 – FP ‘a’ em 27/06/2017).

“Eu penso que a maior dificuldade é a psicologização de tudo, e a patologização de tudo. Às vezes, em um primeiro momento, a pessoa até entende que não é aqui, mas ela não consegue generalizar para outros casos (...) a fala dela é assim: ‘mandei os quatro irmãos desta mesma família porque é problema de comportamento e vulnerabilidade social’” (Restituição 1 – FP ‘b’ em 27/06/2017)

A expectativa que os serviços projetam neste ambulatório também é motivo de angústia, por parte dos trabalhadores, especialmente neste momento de transição, pois, uma vez que estão sendo convocados a atuar como CAPS, e, portanto, a atender os casos graves e severos, eles não têm para onde referenciar os casos de complexidades leve e moderada que sempre foram encaminhados para este serviço, fazendo com que a demanda seja maior do que a capacidade de absorção.

Esta expectativa também vem descrita na visão dos trabalhadores sobre a macrogestão: *“existe uma postura assim, ‘vamos abraçar tudo, não vamos deixar voltar nada’, e isso está sendo bem ruim (...) a gente não consegue avançar, e não vamos conseguir porque todo mundo aqui tem limite, e aí, o que a gente faz? Faz grupo de acolhimento, aí tem fila de espera para o grupo de acolhimento”* (Restituição 1 – FP ‘b’ em 27/06/2017).

A macrogestão espera que este serviço possa acolher as demandas que emergem, a fim de cumprir com o que determina a legislação, porém, há uma questão sem resolução que todos esperam que seja problematizada e resolvida: se o ambulatório já está sendo convocado a ofertar atendimento na lógica do CAPS, trabalhando com a rede no referenciamento de casos graves e severos, para onde referenciarão os casos que chegarem e que não possuem essa complexidade, mas que também necessitam de acompanhamento em saúde mental? Para onde referenciarão os casos clínicos que já são acompanhados e que não compõem o perfil de atendimento de um CAPSi, uma vez que a Atenção Básica não possui equipe de Saúde Mental e que a implantação do NASF não foi concluída? Não há outro equipamento de saúde vinculado ao SUS que oferte tal atendimento, apenas este ambulatório. Então a pergunta é: o que se espera que a equipe faça?

Segundo Kaës⁹⁹ “a tarefa primária das instituições de tratamento é tratar”. Sobre o sofrimento que as instituições impõem aos que a ela se vinculam, o autor afirma que

“sofremos com o excesso da instituição, sofremos também com a sua falha, com o seu fracasso para garantir os termos dos contratos e dos pactos, para tornar possível a realização da tarefa primária que motiva o lugar dos sujeitos no seu seio”⁹⁹.

A instituição, como vimos, é composta por sistemas políticos, culturais, econômicos, sociais, psíquicos. Desta forma, o autor esclarece que “é possível que problemas políticos se expressem no registro do sintoma psíquico” (da instituição) –

neste caso, o sintoma da espera – mas, também, prossegue ele, seria arriscado concentrar nossa compreensão em uma única causa, pois, afinal, a instituição é (...) “uma multiplicação de vários espaços heterogêneos mantidos juntos de uma maneira muitas vezes inextricável”, ou seja, de tal forma que não seja possível desemaranhar todos os componentes que a constituem⁹⁹.

Um dos componentes deste emaranhado são as relações de poder, no sentido com que Foucault as compreende, ou seja, não se trata destas relações de cima para baixo, hierárquicas, focalizadas no Estado ou nas instituições do campo do direito, mas as relações que **acontecem entre os sujeitos**, nomeado por ele como ‘microfísica do poder’.

Por que é importante entendermos esta questão? Para compreender os analisadores já citados e, também, o lugar da medicina, ou, mais apropriadamente dos médicos, neste contexto.

Abordarei melhor esta questão logo menos. Primeiro, gostaria de inaugurar esta reflexão com uma cena registrada em meu diário de pesquisa:

“A equipe não contabiliza os profissionais médicos como sendo parte dela”
(Diário de pesquisa – Encontro 1 – OP em 20/12/2016).

Para localizar o leitor: após algumas tentativas infrutíferas de realizar entrevista semiestruturada, os médicos participaram desta pesquisa ao tomarem contato com o formulário eletrônico impresso, e entregue em mãos, pelo coordenador local.

Analisando as respostas ofertadas por estes profissionais, a primeira pergunta do formulário questionava a carga horária de trabalho na unidade: um deles respondeu ‘12 horas’, divididas em duas manhãs; o outro, colocou um ponto de interrogação. Não é possível saber se este profissional não entendeu a pergunta, ou se esta é uma questão delicada de se responder, e para tal não há resposta.

Ambos assinalaram possuir curso ou formação em saúde coletiva/saúde pública, indicando haver compreensão destes profissionais sobre os princípios e diretrizes do SUS.

Sobre a participação em reunião de equipe: um assinalou que não participa e o outro não respondeu.

A pergunta seguinte solicitava que justificassem o porquê da não participação. O profissional que não respondeu à pergunta anterior, também deixou esta questão em branco. O outro, registrou a incompatibilidade de horários, possivelmente desencadeada pela carga horária reduzida.

Quando questionados em quais momentos discutem casos com a equipe: ambos descreveram que esta comunicação acontece durante o atendimento médico. Esta resposta nos leva a questionar qual o tipo de discussão que se estabelece. Seria uma discussão com base na integralidade? Considerando que a demanda de atendimento é grande (uma vez que este é o único serviço de saúde mental infanto-juvenil do município e, também, que os médicos atendem as demandas de outras cidades) e que, para uma compreensão profunda do contexto e dos aspectos que constituem os sujeitos, são necessários tempo e espaço dignos de reflexão, podemos inferir que há grande probabilidade destas discussões centralizarem-se em ações ambulatoriais, para não dizer medicamentosas, ferindo, portanto, o princípio da integralidade do cuidado.

Os dois responderam, também, que conseguem estar ao lado da equipe em momentos de crise. Cabe assinalar que, das poucas vezes que esta questão entrou em pauta durante a pesquisa, a informação obtida é que a equipe, de fato, consegue articular os cuidados de crianças e/ou adolescentes em crise com os profissionais médicos, mas, observamos nas falas que estes entram na cena do cuidado como portadores de um conhecimento sobre medicações e diagnósticos psicopatológicos, não sendo possível qualquer ação criativa que extrapole este fazer reducionista. Medicação é importante e, muitas vezes, é a primeira ação para estabilizar o quadro clínico para que outras intervenções aconteçam, mas, não seria momento de rever este papel? Será que não há outras potências que possibilitam um trabalho vivo que utilize do saber da medicina para além de sua função prescritiva?

Quando solicitado que justificassem suas respostas: um deles (o que não assinalou a respeito da reunião de equipe) não respondeu. O outro, descreveu que está próximo da equipe, tanto no local de trabalho, como por telefone, ou através de encaminhamento do caso clínico para o serviço onde ele se encontra no momento da intervenção. Novamente, remeto-me aos questionamentos acima.

Quanto à pergunta sobre as atividades desenvolvidas dentro do serviço: um deles não respondeu e o outro assinalou o atendimento médico, somente. Por

atendimento médico podemos supor a prescrição medicamentosa e a elaboração de diagnóstico nosológico.

Quanto à realização de apoio matricial: um deles respondeu que está em desenvolvimento, enquanto o outro respondeu que realiza matriciamento via telefone, quando solicitado.

Cabe esclarecer que o telefone pode ser um meio para produzir demanda ao apoio matricial (assim como as demais ferramentas tecnológicas poderão atuar neste sentido), mas não substitui o encontro físico nem, muito menos, se configura enquanto apoio matricial no sentido em que, este, foi desenhado e que vem sendo vivenciado em diversos municípios. O contato telefônico pode e deve ser um uma forma de aproximação entre os serviços, um instrumento para esclarecimentos de dúvidas, um caminho para a construção coletiva do cuidado, porém, não se configura como um arranjo organizacional.

Sobre as perguntas a respeito da construção de discussões de casos clínicos entre eles e a rede de saúde mental e entre eles e a rede intersetorial: um deles não respondeu (o mesmo que não respondeu sobre a reunião de equipe); o outro respondeu que realiza articulações por telefone ou durante o atendimento clínico. Novamente, aqui, cabem as reflexões sobre o tipo de discussão realizada: ela promove integralidade, quando não há tempo suficiente para o encontro humano, face a face, e para a reflexão profunda que envolve o momento de cada sujeito cuidado e suas famílias?

Quanto aos desafios sobre as articulações na RAPS: um deles não respondeu (o mesmo que não respondeu sobre as reuniões) e o outro apontou como desafio o matriciamento. A pergunta sequencial se referia às ações necessárias, do ponto de vista deles, para a superação deste desafio. Ambos não responderam.

Por fim, os dois médicos pesquisados reconhecem haver potência na equipe de trabalho, mas somente um deles apontou que esta potência está relacionada à intervenção, o outro (o mesmo que não respondeu sobre a equipe) nada descreveu.

Analisando os dados produzidos com estas participações, uma das hipóteses que podemos inferir é que um deles possui mais contato com a equipe, enquanto o outro se mantém distanciado dos trabalhos de construção coletiva.

Esta hipótese correlaciona-se à percepção da equipe que, ao relatar ações conjuntas, faz menção somente a um deles. Não é possível afirmar, uma vez que o

formulário era anônimo, se é a mesma pessoa que respondeu às perguntas e identificou a potencialidade da equipe, mas é possível supor que um deles está mais apropriado dos fazeres cotidianos do serviço, indicando que a potência da relação e a afetação pelo trabalho passa, também, por uma questão subjetiva.

“Os trabalhadores relatam que, recentemente, houve a necessidade de intervenção, de forma contundente, da medicina em um dos casos clínicos atendidos: um adolescente que vive em um serviço de acolhimento. Este serviço solicitou a internação involuntária do jovem, após uma crise importante que culminou no encaminhamento para a UPA. A equipe do ASM, então, convocou o médico a se posicionar diante do caso clínico. Após a construção conjunta do PTS, o médico, ao lado da Coordenadora de Saúde Mental, documentou ao Poder Judiciário que não havia indicação de internação e que o adolescente não poderia ser responsabilizado pela ausência de profissionais do serviço de acolhimento (segundo eles, esta era uma das justificativas do estabelecimento para solicitar a internação). Com este relato a equipe observa que, aos poucos, este profissional, começa a ampliar sua compreensão em relação ao trabalho desenvolvido em CAPSi, buscando desconstruir ações verticalizadas” (Diário de Pesquisa – Restituição 2 – OP em 10/04/2018).

Apesar de ser uma iniciativa recente, com um longo caminho a percorrer, podemos inferir que há potencialidade neste profissional e que a equipe tem convocado a medicina para o agir coletivo. Porém, percebemos, também, um lugar de produção de verdade: é o médico quem assina o documento ao juiz, legitimando o tratamento no espaço do ASM. E, ainda mais, é o médico ao lado da Coordenação de Saúde Mental, ou seja, não é a equipe (no qual ele está inserido) que tem a habilidade técnica para assumir este cuidado. É a medicina.

Estamos tratando aqui de relações de poder. Relações, estas, que, igualmente, se constroem e se sustentam entre os pares. Por mais que haja certa manifestação de indignação, da gestão e dos trabalhadores, em relação ao distanciamento da medicina e à ausência de respostas ao formulário desta pesquisa, o que se observa são frases conformadas e uma forte e persistente relação com o instituído.

“Observando que há potencialidade na relação de um dos médicos, sugiro que a equipe o convide a participar das reuniões. Neste momento uma das profissionais sinalizou que ele não iria porque, de fato, não está dentro da carga horária de trabalho dele. Além disso, outra profissional comenta que, em outro serviço, o médico participava das reuniões, somente, porque ela foi ajustada ao seu horário de trabalho e, ainda assim, sua participação não era no sentido de

construir ações coletivas, mas de posicionar seu saber diante dos casos clínicos” (Diário de Pesquisa – Restituição 2 – OP em 10/04/2018).

Tornar as relações de poder conscientes é fundamental para entender as ações que promovem, ou não, a integralidade no cuidado.

Quando Foucault aborda este complexo tema, ele não está focando seus estudos nas relações que são exercidas pelo Estado sobre as pessoas, um poder coercitivo. Ele não nega que estes acontecimentos existam, mas, seu estudo sobre as relações de poder é muito mais profundo. Foucault nos diz que tais relações se constituem entre as pessoas, se inscrevendo no dia-a-dia das malhas sociais.

Para ele:

“O estudo desta microfísica supõe que o poder nela exercido não seja concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma ‘apropriação’, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamento, que se desvenda nele antes uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade (...) temos em suma que admitir que esse poder se exerce mais que se possui, que não é ‘privilegio’ adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas – efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados”¹⁰⁰.

Essas relações de poder produzem efeitos de verdade que se configuram como a naturalização dos processos, como a falta de questionamento sobre determinada ação. Segundo ele, “cada sociedade tem o seu regime de verdade, sua política geral de verdade, isto é, os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros”¹⁰⁰.

Portanto, existe um movimento que possibilita que os médicos também atuem desta maneira, que sustentam esta posição.

É preciso compreender quais são as relações de poder que transitam por estas malhas relacionais e, sem querer traçar sua gênese, também não podemos nos esquecer do processo histórico da psiquiatria, da herança de dominação dos corpos, da disciplina, da produção de ‘corpos dóceis’ – outro termo cunhado por Foucault – que, sutilmente, obedecem e se ‘encaixam’ nas ‘verdades’ produzidas socialmente. Estes fenômenos estão enraizados nas políticas de saúde mental, compõem a fundação histórica do tratamento à “loucura” (como descrito na ‘Introdução’) e, portanto, não são simples de serem percebidos e questionados. E, quando

identificados, nem sempre são enfrentados, justamente porque são permeados por estas relações de poder que se formam no corpo social.

Importante esclarecer que estas relações de poder não se concentram somente nos binômios médico-equipe, ou médico-usuário, mas, transita, se movimenta, também na relação equipe-usuário, equipe-equipe, macrogestão-microgestão, alimentando o *status quo*, o instituído.

O poder é, portanto,

“um conjunto de ações, sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações”¹⁰¹.

Prossegue o autor afirmando que o poder só se exerce sobre sujeitos livres, logo, a escravidão, por exemplo, não seria uma relação de poder, mas “uma relação física de coação” e, ainda, “é o modo de ação de alguns sobre outros”¹⁰¹.

Uma das possibilidades para enfrentar estas relações humanas é, como aponta Merhy⁴, permitir a desterritorialização dos núcleos profissionais, que produzem verdade, para nos deixarmos ser contaminados pelo outro, “abrindo-nos, em ato, para novos engravidamentos e partos”, ou seja, para novas possibilidades de compreensão e fazeres. Como coloca Spinoza⁹⁷, permitindo que os corpos sejam afetados por outros corpos, aumentando sua potência de agir.

Sem estas afetações e estes deslocamentos, sem a análise das relações de poder, a equipe se distancia de seu propósito de cuidar e, também, adoece. Nas palavras de Spinoza⁹⁷: “quando a mente imagina sua impotência, se entristece”.

“Não consigo enxergar a potência que você procura” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – FP ‘a’ em 20/12/2016).

“Estamos no olho do furacão” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – FP ‘d’ em 20/12/2016).

Como enxergar potência se, para isso, é preciso tomar distância e analisar o trabalho desenvolvido por outro prisma? Como tomar distância estando imersos no olho do furacão, sem saber a que horas essa imensa tempestade chegará?

O grande problema do olho do furacão é que ele mobiliza uma falsa sensação de calma e o perigo está justamente nesta condição: por deixar o

ambiente aparentemente calmo, as pessoas abandonam seus abrigos e se colocam em risco, uma vez que a qualquer momento o furacão poderá chegar.

Podemos utilizar esta metáfora para compreender que o anúncio do furacão chegou até a equipe através da notícia sobre a reordenamento do serviço. Neste momento, houve muita mobilização interna (dos conteúdos subjetivos dos trabalhadores) e externa (questões de ordem prática e relacionadas aos processos de trabalho). Estas mobilizações provocaram, não somente neste serviço, mas em toda a rede que constitui os serviços de saúde mental, angústia e desorganização. Instalou-se o caos à espera do desconhecido.

Esta espera é exatamente a zona nomeada como olho do furacão: aquele tempo-espço no qual se sabe que a tempestade chegará, mas não se sabe quando exatamente. Neste sentido, a equipe se coloca em estado de alerta e o estado de alerta impossibilita o processo criativo e impossibilita que os sujeitos possam se conectar às suas potências, já que tendem a concentrar suas energias na construção de defesas e, em certos momentos, na manutenção do que está instituído.

Esta metáfora, sabiamente colocada, representa exatamente a situação vivenciada por estes trabalhadores: o de se manter em estado de hipervigilância, pois o perigo foi anunciado e sua chegada é certa.

Para Spinoza⁹⁷ “os homens julgam sobre as coisas conforme a disposição de seu cérebro, e as imaginam mais do que entendem”. Ainda, partindo deste referencial teórico, acredito que a equipe vivencia um momento de ‘consternação’, ou seja, imaginam que uma “coisa singular é movida por um objeto” temido⁹⁷.

A reestruturação do serviço é um objeto temido e, ao lado de uma macropolítica instável e de relações micropolíticas que precisam ser acolhidas e analisadas, os trabalhadores são empurrados, cada vez mais, para dentro do olho do furacão.

5.3 Análise de Implicações dos trabalhadores

Como descrito anteriormente, a análise de implicação envolve uma leitura ampliada sobre as relações que se estabelecem, quer seja entre os profissionais, entre estes e a pesquisadora e entre todos e as instituições que nos inscrevem no contexto estudado. Ela envolve, portanto, os sujeitos da pesquisa.

Retomando brevemente, para analisar a implicação dos trabalhadores é necessário compreender que a implicação não é um processo consciente (como um engajamento), ela acontece queiramos ou não, porque implicação é relação. Portanto, não é analisar se (estamos implicados), mas como (estamos implicados), analisar qual o lugar ocupado pelas pessoas. Como explicado na metodologia deste estudo: “é uma análise do sistema de lugares, do assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado a ocupar, com os riscos que isto implica” (Barros, 2007, p. 231 citado por Pezzato e Prado⁸³).

Assim, a maneira como se está implicado é que será analisada, isto é, de que modo as relações acontecem, e isto inclui os conteúdos que nos afetam enquanto pesquisadores, no ato da cena em que estamos imersos (transversalidade).

Todos esses acontecimentos externos (dos sujeitos pesquisados) e internos (o que se passou em mim no momento da ação) compõem o enredo a ser analisado.

Este trabalho é tecido lentamente. O diário de pesquisa é lido e relido inúmeras vezes. São produzidos infinitudes de dados e de possibilidades de análise. É preciso concentrar-se nos objetivos da pesquisa. O passo seguinte é construir uma hermenêutica articulada a toda esta experiência, conforme será apresentado a seguir.

“A conversa foi leve – embora o desânimo fosse visível nos rostos dos profissionais” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – OP em 20/12/2016)

“Claro desconforto de um deles, que não se manifesta verbalmente mas olha com tom de reprovação para quem se expressa” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – OP em 05/01/2017)

Esse momento de reorganização provocou muita angústia nos profissionais, mas a maioria dizia deste desconforto em espaços não formais. Poucos

se manifestavam nas supervisões clínico-institucionais ou nas reuniões de equipe. Havia um movimento de mutismo diante da possibilidade de problematização das vivências, mas as produções de fala se davam para fora destes espaços instituídos formalmente, através das relações de afeto e confiança que mantinham uns com os outros. Parecem não apostar que os espaços formais promovam mudanças significativas.

“Esse serviço é uma faca de dois gumes” (*Diário de pesquisa – Restituição 1– FP ‘c’ em 27/06/2017*).

A instituição que se propõe a cuidar do sofrimento, agora, adoece. O sofrimento provoca a alienação do trabalho, mortificando-o e alimentando o que está instituído, por se configurar uma zona de proteção em defesa do desconhecido. Segundo Rigotti¹⁰²

“Dejours (1992) trabalha com a perspectiva de alienação como uma ‘verdade clínica’, considerando o surgimento de sofrimento mental gerado pelo conflito entre o desejo do trabalhador e ter que submeter-se às necessidades do patrão. Afirma que a organização do trabalho exerce tal poder sobre o sujeito que contamina sua vida completamente, tendo seu cotidiano determinado pelas regras tayloristas de seu trabalho, e que, para evitar maior sofrimento, o trabalhador não tem outra saída senão submeter-se a elas, como estratégia de sobrevivência. Em suas próprias palavras, ‘a injustiça quer que, no fim, o próprio operário torne-se o artesão de seu sofrimento’”¹⁰².

Sendo um serviço visto como uma ‘faca de dois gumes’, entendo que além de cortar (de um lado ou de outro) ele tem característica perfurante. A faca de dois gumes pode ser um instrumento utilizado na preparação de alimentos (portanto, de promoção de vida), mas deve-se ter cuidado ao manuseá-la.

“Você parece uma escrivã de polícia (...) parece que estou ao lado de um advogado” (*Diário de Pesquisa – Encontro 2 – FP ‘c’ em 27/12/2016*)

Em determinados momentos, aparecem os fenômenos persecutórios relacionados à vigilância que estão presentes de forma velada nas instituições e que, naquele momento, eu, enquanto agente externo, simbolizava. A profissional coloca esta frase sorrindo, mas claramente foi possível perceber seu desconforto com minha presença. Além de agente externo, possível ameaça, a falta de controle sobre o que

eu observo, escrevo, analiso é derivada também do momento vulnerável que esta equipe atravessa.

Assim, mediante ataques de todas as ordens (micro e macropolíticas) os porta-vozes do grupo se defendem de tudo que seja desconhecido.

“Para tentar preservar sua vida mental, o trabalhador mantém inalterados os processos que a ameaçam, sentindo-se permanentemente ameaçado e precisando fortalecer constantemente suas defesas, quase sempre percebidas como insuficientes e frágeis diante do sistema, se não criado por ele, mantido coletivamente e inconscientemente com sua participação”¹⁰².

“Algumas pessoas não se atualizam e desenvolvem uma clínica que não se conecta aos princípios do SUS” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – FP ‘b’ em 05/01/2017)

“Percebo que ainda há algumas resistências na desconstrução de grupos terapêuticos fechados e na mudança de estrutura dos atendimentos individuais” (Diário de pesquisa – Encontro 4 – OP em 10/01/2017).

A alienação do trabalho provoca a impossibilidade de criação. A clínica privada para dentro de instituições públicas, infelizmente, não é incomum. Muitos profissionais se defendem das vulnerabilidades que se apresentam nestes serviços mantendo-se distantes de uma clínica ampliada, operando de forma reducionista e, muitas vezes, revestida da fantasia de que esta é a forma correta de se fazer, principalmente, nos campos da psicologia e da medicina.

Outro ponto é que esta fala denuncia as relações contraditórias entre os pares. Há muitas afetações entre os membros da equipe, mas pouco (ou quase nada) transparece a esse respeito. As críticas não são dirigidas a ninguém, especificamente. Elas são postas ‘ao vento’ e, com isso, impossibilitam o tratamento adequado para as diferentes atuações.

Novamente, as palavras de Merhy⁴ fazem muito sentido aqui: é preciso desterritorializar os núcleos de conhecimento, abrir-se para a invenção de novos sentidos. Mas, como abrir mão do núcleo protegido (e protetor das identidades) se, para isso, é preciso um trabalho de intensa desconstrução e reconstrução subjetivas? Sentir-se desprotegido, no olho do furacão, pode representar a vivência de uma descorporização simbólica. Por esta razão, é preciso espaço-tempo de tratamento dos sentimentos e sensações provocados pela crise. Esse cuidado deve ser compreendido e tratado pela macrogestão, é parte da saúde mental do trabalhador e,

quando mesmo assim, o sujeito permanece sentindo-se invadido pelas rupturas institucionais é preciso buscar auxílio fora de seu local de trabalho. É preciso reavaliar, para dentro de si, as questões que se abriram e que estão difíceis digerir, processar e integrar. É o momento em que o trabalhador da saúde mental deve se ocupar, também, de sua própria saúde.

Como apontou Enriquez¹⁰³, as instituições oferecem

“uma cultura, ou seja, um sistema de valores e de normas, um sistema de pensamento e de ação que deve modelar o comportamento de seus agentes junto aos indivíduos que lhes são confiados ou que lhe pediram alguma coisa (...) eles elaboram uma certa maneira de viver na instituição, uma armação estrutural (...) que se cristaliza numa determinada cultura, ou seja, em atribuições de postos, em expectativas de função, em comportamentos mais ou menos estereotipados, em hábitos de pensamento e de ação, em ritual minuciosamente observados, devendo facilitar a edificação de uma obra coletiva (...) eles desenvolvem um processo de formação e de socialização dos diferentes atores, a fim de que cada um dentre eles possa se definir em relação ao ideal proposto”.

“Conversamos sobre a importância de mapear a rede para construir fluxos de atendimentos compartilhados” (Diário de pesquisa – Encontro 5 – OP em 12/01/2017)

Uma das ofertas é o mapeamento da rede intersetorial, para facilitar fluxos de conversações e compartilhamento de cuidado. Quanto mais apropriados do território, mais tranquilos estarão ao compreender que o cuidado não precisa (e não deve) estar centralizado neste serviço. É preciso criar saídas a partir dos dispositivos que se tem, e a intersetorialidade é uma das chaves para a construção da integralidade do cuidado, além de possibilitar o deslocamento da queixa/sintoma para o sujeito integral.

Há o movimento coletivo de dar conta de toda a demanda, provocado pela pressão da gestão e pelo perfil dos trabalhadores. Muitos assumem o lugar materno de cuidado, de forma inconsciente, mobilizando-se demasiadamente com o sofrimento infantil. Com isso, são impedidos pela sobreimplicação de construir novas estratégias de cuidado que convoquem a participação de outros atores, inclusive da própria equipe.

Dependendo do afeto que o encontro dos corpos mobiliza, o trabalhador vivencia significativa dificuldade no processo de alta ou, opostamente, no acolhimento

do caso clínico. Esta é uma das razões para a permanência das supervisões clínico-institucionais nos serviços de saúde mental.

Como afirma Enriquez¹⁰³: “as instituições enquanto sistemas culturais, simbólicos e imaginários apresentam-se, portanto, como conjuntos englobantes, visando imprimir sua marca distintiva sobre *o corpo, o pensamento e a psique* de cada um de seus membros”.

“O problema é a dança das cadeiras” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – FP ‘b’ em 05/01/2017)

Não partiu desta equipe a notícia de que a Secretaria de Saúde realoca os profissionais de forma pouco estudada, transferindo-os de um lado para outro para tamponar a falta nos serviços, mas sem qualquer atenção ao que estava sendo construído com a população atendida. Mas esta equipe também observa que isto é comum.

A ‘dança das cadeiras’, como eles nomearam, atravança o processo de evolução pois, ao constituir vínculo entre profissionais do ambulatório e profissionais da AB surge a dúvida se esta construção se sustentará. Com isso, as ações matriciais tornam-se mais penosas e sem sentido, pois, afinal, em breve, pode ser que aquela equipe não tenha mais a mesma configuração, demandando um novo começo que não cessa e não evolui.

Os Sentimentos

Diversos sentimentos puderem ser percebidos e relatados pela equipe:

- a) Sentimentos de persecutoriedade;
- b) Supervisão como processo doloroso (sentimento doloroso);
- c) Angústia de uma profissional sobre seu lugar na equipe (sentimento de falta de pertencimento);

- d) Desconforto em atender e ter que dispensar, por conta da fila de espera (sentimento de impotência);
- e) Um dos profissionais aborda a preocupação em relação aos casos que não se manifestam, que são mais silenciosos (sentimento de injustiça);
- f) Uma das profissionais fala da angústia de sentir que a equipe está compartimentalizada, ela fala da ausência de um corpo, ausência de uma estrutura, fala da ausência da sala de brinquedos, ausência de um espaço de acolhimento adequado para oferta de atendimento (sentimento de ausência e de cisão);
- g) Ao mesmo tempo, outro profissional fala que se sente pressionado a abrir grupos, mas que ele acha que é preciso aguardar a demanda, não abrir um grupo e encaixar o sujeito (sentimento de pressão);
- h) Equipe perdida em relação ao fluxo para dentro do serviço (sentimento de falta de coerência).

Estes sentimentos, ou afetações, diminuem a potência de agir e merecem ser cuidados, verbalizados, acolhidos. Há muita possibilidade inventiva nesta equipe, potência de vida, mas que é pouco sentida, ou integrada, por eles.

“De dezembro para cá, mudou e desmudou muitas coisas” (Diário de pesquisa – Restituição 1 – FP ‘d’ em 27/06/2017).

É possível perceber inúmeros movimentos instituintes, em busca de soluções para organizar os processos de cuidado, apesar da disparidade em relação ao tamanho da equipe e da extensão territorial.

É inegável que um único serviço não dará conta dos cuidados da infância e juventude, principalmente, sendo o único serviço na rede de saúde pública para tratamento – já que a AB não conta com equipe de Saúde Mental, que poderia reduzir a demanda, fazendo chegar ao Ambulatório (o CAPSi que virá a ser) somente os casos clínicos com perfil para este serviço.

Sem querer ser redundante, as pequenas miniequipes (ou, melhor dizendo, microequipes) se responsabilizam pelos atendimentos, pelos acolhimentos, pelos matriciamentos e pela construção de rede. Embora imersos em desorganização e sentimento de incapacidade, há uma potência criativa e viva nesta equipe que, ao

privilegiar o cuidado de crianças e adolescentes, busca inúmeras tentativas de promoção de integralidade.

“A partir de janeiro de 2017 passaram a dividir-se em 3 miniequipes: amarela, azul e vermelha” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – OP em 20/12/2016).

“Cada uma com dois ou três profissionais responsáveis por determinados territórios do município (...) e, a partir da divisão em miniequipes, os PTS serão construídos de forma coletiva” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – FP ‘d’ em 20/12/2016).

Cada miniequipe conta com poucos representantes: um grupo tem dois profissionais, enquanto os outros dois grupos possuem três profissionais. Por vezes, eles incluem os estagiários nestes espaços, que assumem a representação em determinadas atividades como, por exemplo, nos grupos de acolhimento que são divididos por faixa etária e que contam com a presença de um membro de cada miniequipe por grupo.

Importante ressaltar que o ponto fundamental das equipes de referência (miniequipes) é considerar o sujeito como responsabilidade do coletivo, ou seja, não é deste ou daquele profissional. O compartilhamento dos casos acontece de forma corresponsável, desconstruindo a lógica ambulatorial e verticalizada, possibilitando discussões a partir de múltiplos olhares, inclusive, o olhar do próprio usuário (e seus familiares, quando for o caso) que também é corresponsável pelo seu cuidado.

Um ponto a registrar, sobre a discussão dos casos clínicos, refere-se à triagem. Em determinado momento da pesquisa, a equipe estava problematizando os processos de triagem, buscando afinar a linguagem desta avaliação inicial, construindo um instrumento mais adequado e que possibilitasse a compreensão do caso clínico. Foi um encontro que promoveu alguns desencontros, calcados na experiência particular de alguns e de suas orientações teóricas. Mas, a questão principal da triagem não é o desencontro, porque, neste há a possibilidade de construção coletiva, de aprendizado mútuo. O ponto principal da triagem é o baixo investimento no aprofundamento dos casos clínicos. Pressionados pelo tempo e pela fila de espera, as discussões que acompanhei focavam essencialmente na queixa-conduta. Esta queixa define se a criança/adolescente será encaminhado ao grupo de acolhimento (que possui demanda reprimida), ao tratamento (que também possui

demanda reprimida) ou se uma orientação aos responsáveis bastaria, acalentado pela possibilidade de retornar ao plantão sempre que necessário.

Podemos observar este movimento nas seguintes falas dos profissionais:

“Adolescente está com a maior fila para ser acolhido, está com 70 pessoas... três meses” (Restituição 1 – FP ‘d’ em 27/06/2017);

“A gente libera muito da triagem, até porque tem o plantão, pode retornar, se precisar” (Restituição 1 – FP ‘e’ em 27/06/2017);

“A gente ainda está vazando muito na triagem” (se referindo aos casos que são encaminhados ao grupo de acolhimento, na sua percepção, sem necessidade) (Restituição 1 – FP ‘e’ em 27/06/2017);

“Mas mesmo quem chega na triagem a gente filtra na triagem” (Restituição 1 – FP ‘e’ em 27/06/2017);

“Confiar na triagem, quando a gente não observar uma coisa mais séria, confiar que neste atendimento não foi observado nada mais sério, que precisa continuar o acompanhamento com o médico na UBS, para averiguação, que aqui tem plantão todos os dias” (Restituição 1 – FP ‘e’ em 27/06/2017) – novamente, neste discurso, encontra-se as produções de verdade da medicina, abordadas anteriormente.

“Então a gente refez o instrumento de triagem, que a gente fez todo mundo junto, porque a gente viu, também, que essa não supre o que a gente quer” (Restituição 1 – FP ‘a’ em 27/06/2017).

Segundo Gauy e Guimarães¹⁰⁴ os serviços de saúde mental infanto-juvenil utilizam, em suas avaliações iniciais, “procedimentos de medida indireta, como entrevistas, porque são de fácil aplicação, ao invés de usar procedimentos de medida direta, como a observação do comportamento”. Ademais, prosseguem as autoras, geralmente são utilizadas entrevistas não-estruturadas, ou semiestruturadas, que permitem que o interlocutor se expresse mais livremente. Esta técnica apresenta vantagens e desvantagens. A vantagem é possibilitar a fala livre e abordar aspectos que a entrevista fechada, ou os inventários, podem não contemplar. A desvantagem, segundo elas, é que algumas informações importantes não são reveladas, pois, o interlocutor apresenta os pontos que ele considera importantes serem tratados.

As autoras defendem a reestruturação da avaliação inicial, pois informações relevantes podem ser pouco (ou nada) enfatizadas, prejudicando o processo do cuidar.

As características pessoais do profissional e a necessidade de um treinamento padrão são ainda mais relevantes no processo de avaliação quando ela é realizada por equipe multidisciplinar. Os resultados das avaliações sofrem o impacto das múltiplas formações profissionais e orientações teóricas, do uso de diferentes jargões e termos técnicos, e da experiência profissional de cada membro¹⁰⁴.

Como possibilidade de minimização deste entrave, as autoras sugerem que as avaliações (aqui, podemos incluir a triagem e o grupo de acolhimento) utilizem diversas técnicas, como as que envolvem a entrevista aberta ou semiestruturada, mas também as que envolvam a observação do comportamento e a utilização de inventários que, segundo elas, apresentam custo acessível e de fácil aplicação, podendo acontecer tanto no serviço quanto na residência dos sujeitos¹⁰⁴.

A questão é que este momento de avaliação é muito importante, para as crianças/adolescentes, para seus familiares e também para o serviço. Mas, para que ele aconteça de forma efetiva e resolutive, ofertando acesso ao tratamento (pois não basta ter acesso ao serviço, se as pessoas ficam meses aguardando ser chamadas) é preciso que a rede de saúde esteja estruturada e funcionando, para que o serviço possa, efetivamente, acolher a população de CAPSi (ou seja, os casos clínicos graves). Mas, sem contar com atendimento de saúde mental na Atenção Básica, ou com equipe de NASF, ou com outro dispositivo que possa acolher e tratar os casos de menor complexidade, como reestruturar o processo de triagem e torná-lo acolhimento? Como realizar uma avaliação que garanta o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade sendo o único equipamento do município a ofertar atendimento de saúde mental infanto-juvenil?

“Proposta de se reunir para discutir os casos parados” (Diário de pesquisa – Encontro 2 – OP em 27/12/2016)

Diante da fila de espera decorrente da triagem, os profissionais propõem a constituição de um espaço exclusivo para problematizar estes casos clínicos. Com isso, podemos perceber que eles não negam a existência deste fenômeno e que, dentro de suas possibilidades, têm buscado alternativas. Mas, como instituinte e instituído se entrelaçam, muitas vezes, a busca por espaços de reflexão desemboca na desesperança de que este trabalho nunca cessará.

É preciso reinventar.

“Troca de experiências entre as miniequipes sobre as formas criadas para organizar os fluxos de trabalho” (Diário de pesquisa – Encontro 4 – OP em 10/01/2017).

As miniequipes trocavam entre si experiências criadas para dar conta dos fluxos de trabalho como, por exemplo, uma delas resgatou todos os casos clínicos em demanda reprimida e descreveu a queixa, o tempo de espera e a UBS/ESF a qual pertenciam. Com isto, tiveram dimensão das demandas que são encaminhadas e quais unidades produziam mais encaminhamentos, promovendo a otimização dos processos de matriciamento, a partir deste diagnóstico territorial.

O reconhecimento da importância e do desafio do matriciamento aparecem em diversas falas, tanto desta equipe quanto dos demais serviços acessados nesta pesquisa.

No que se refere a esta equipe, compreende-se que este é um processo de trabalho que possibilita legitimar as ações da Atenção Básica (e da rede intersetorial, pois, estes profissionais a incluem como um processo de matriciamento):

“Também faz parte do matriciamento dar uma empoderada nestas pessoas” (Restituição 1 – FP ‘e’ em 27/06/2017)

Outro ponto é a percepção do benefício da aproximação com os trabalhadores da Atenção Básica:

“Mas quando a gente vai também, a gente gosta de ver... a experiência que a gente tem tido é que o PSF está fazendo muita coisa” (Restituição 1 – FP ‘e’ em 27/06/2017).

“A gente foi numa ESF e a enfermeira falou ‘muitos vêm aqui, eu acabo nem encaminhando, eu chamo, eu converso’” (Restituição 1 – FP ‘c’ em 27/06/2017).

“A gente abrangeu um monte de situações, um monte de casos, tem sido assim, a gente acaba falando de várias situações, tem sido bem dinâmico” (Restituição 1 – FP ‘c’ em 27/06/2017).

O Apoio Matricial é um processo de trabalho de encontros, de tecnologia leve, de produção de subjetividade e, por sê-lo, seus desafios são permanentes. É um processo de trabalho tecido com muitas mãos, em tempos e ritmos distintos para cada sujeito, para cada encontro.

Ele demanda extrema delicadeza e sensibilidade porque aproxima serviços e sujeitos com objetivos e fazeres diferentes, com ideologias e propostas que podem se desencontrar. Muitas vezes seus resultados vêm em conta gotas, aos poucos, a partir de cada caso clínico ensinante e, muitas vezes, emblemático, mas, quando se produz efeito, o aprendizado e a transformação são duradouros.

“Agora eu ainda estou na expectativa do matriciamento diminuir nossa demanda” (Restituição 1 – FP ‘d’ em 27/06/2017).

“Fácil nem um pouco. Na prática depende de agendar o transporte, depende de agendar com a equipe, depende que a gente possa ir no horário deles, tem que conciliar muitos elementos” (Restituição 1 – FP ‘c’ em 27/06/2017).

“Intensificou e depois da miniequipe organizou melhor (Restituição 1 – FP ‘e’ em 27/06/2017).

“Eu vejo bastante caso de moderado para grave (...) Não sei se tem a ver com o matriciamento... pode ser que tenha” (Restituição 1 – FP ‘c’ em 27/06/2017).

A rede de serviços da Atenção Básica também reconhece o Apoio Matricial como um processo de trabalho necessário. As falas registradas a seguir se referem ao apoio matricial desenvolvido por um dos Ambulatórios de Saúde Mental para Adultos, mas suas inserções se fazem necessárias, pois configuram um recorte da realidade importante para a equipe do Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil:

“Temos feito orientações na equipe para legitimar suas demandas de saúde mental, dentro do próprio território e sempre buscando apoio matricial” (Coordenadora 3/ Gestão da Atenção Básica).

“O matriciamento é o melhor meio de desenvolver abordagem preparatória e o suporte para a estrutura psicológica e mental dos trabalhadores da saúde (criando e mostrando ferramentas que possam potencializar o envolvimento)” (Coordenadora 2/ Gestão da Atenção Básica).

“Funciona muito legal. Em se tratando de AM está legal, a gente só precisava que isso fosse pelo menos uma vez por mês, mas a gente sabe que na realidade eles estão trabalhando de acordo com a necessidade, e como faz muito tempo que está organizado desta maneira, a cada dois ou três meses, está dando conta” (Coordenadora 1/ ESF).

“Eu solicitei auxílio e desde então a psicóloga de lá tem feito esse apoio, tanto para discussão de casos, na montagem de PTS, quanto apoio para os profissionais, educação continuada, tem dado muito certo, são feitas visitas da psicóloga com os ACSs” (Coordenadora 1/ ESF).

“Matriciamento foi o pontapé inicial para tentar melhorar essa realidade” (Coordenadora 1/ Gestão da Atenção Básica).

“É sistematizado, no momento tem acontecido uma vez por mês, a psicóloga vem participar do grupo de autoestima, que é um grupo de promoção de saúde, e quando ela vem ela faz nos moldes da terapia comunitária, e quando ela não vem, os profissionais realizam o grupo” (Coordenadora 1/ ESF).

Outro ponto importante do Apoio Matricial é poder desconstruir a lógica do encaminhamento e promover a lógica da responsabilidade compartilhada.

“Acho que deveria ter apoio matricial, porque a gente acaba perdendo o contato, porque a gente encaminha, tudo bem, a maioria acaba mandando a contrarreferência, mas seria legal vir aqui, discutir o caso, falar o que a gente poderia fazer (...) tem coisas que a gente precisa de um apoio maior, então, eles tendo mais experiência que a gente, porque a gente tem experiência com as questões da AB, então eu acho que seria muito bom” (Coordenadora 2/ ESF).

O apoio matricial é tomado, nesta equipe, como uma ação mais ampla, que extrapola o campo da saúde. Eles denominam os encontros intersetoriais, também, como ações de matriciamento.

“Ações intersetoriais, que eles também chamam de matriciamento, principalmente com foco na escola e na assistência social” (Restituição 1 – OP em 27/06/2017).

“Aqui na nossa região tem um grupo de rede, a gente discute o que é necessário para a nossa comunidade, e do “i” (ambulatório) é muito bom, sempre que eu preciso eles me atendem (...) agora estão para vir para cá, para esta rede” (Coordenadora 2/ ESF).

Se há uma ação simples de identificar é a construção que esta equipe faz para fora do serviço, com as demais políticas incluindo educação e assistência social.

Os territórios têm iniciado a construção de espaços formais de discussão de casos, que envolva toda a rede (reuniões intersetoriais) e, esta equipe, sempre que convidada, se organiza para comparecer através de representatividade de um ou mais trabalhadores.

Mas, um ponto dificultador na construção da rede intersetorial é que as secretarias (saúde, educação, assistência social) dividem o município de forma diversa, portanto, determinados bairros que para uma secretaria pertence à região norte, para outra pertence à região noroeste, por exemplo, dificultando a articulação

dos profissionais na construção de rede: *“a saúde divide o território de um jeito, a assistência social de outro (...) é uma mudança tão simples, dividir a cidade igual para a saúde e para a assistência, porque o mesmo profissional responsável na saúde terá o mesmo parceiro na assistência”* (Diário de pesquisa –Restituição 1 – FP ‘d’ em 27/06/2017)

A macrogestão tem feito o movimento de estimular a criação de espaços formais de diálogo da rede intersetorial: *“os coordenadores pediram que, quem não tivesse na região, formasse”* (Coordenadora 2/ ESF).

“A entrada da coordenadora da saúde mental, há quatro anos, fez com que o processo de trabalho ganhasse outra dinamicidade” (Diário de pesquisa – Encontro 5 – FP ‘a’ em 12/01/2017).

Há o reconhecimento da mudança da dinâmica institucional a partir da entrada da Coordenadora de Saúde Mental. Por ter sido trabalhadora da rede, a identificação acontece entre a equipe e ela. Embora, por vezes, identifiquem a pressão por acolher todas as demandas da infância e adolescência, eles reconhecem o investimento libidinal para a otimização dos processos de trabalho.

A gestão da AB também é reconhecida e valorizada pela coordenação de saúde mental. Segundo dados coletados em entrevista individual, as mudanças também estão associadas *“a mudança da coordenação da AB, que tem ouvido para essas questões de SM”*.

Nitidamente, o corpo de coordenação (de Saúde Mental e de AB) deste município se configura como potência de agir. A gestão é um elemento fundamental na estrutura do sistema, além de ser fonte de retaguarda e apoio aos trabalhadores. Se a gestão é frágil, ou apresenta interesses escusos, o impacto negativo na microgestão do cotidiano é certo. Se, ao contrário, o município conta com profissionais potentes, conectados à Política de Saúde, com interesses em promover acesso, integralidade e equidade as equipes alimentam suas esperanças e investem a energia que possuem.

Sem dúvida alguma há pressões procedentes destes espaços políticos, que são ocupados pelas gestoras, que respingam (quando não encharcam) nos trabalhadores, mas, poder contar com pessoas identificadas com o fazer dos trabalhadores e eticamente conectadas às necessidades de saúde da população se configura como uma grande fonte de potência de transformação para este município.

5.4 Análise de implicação da pesquisadora

Os papéis de pesquisadora e trabalhadora se fundem, em um duplo mandato: de quem vem de fora analisar e estudar, mas também, de quem vem agregar, contribuir e compartilhar experiências que possam objetivamente provocar mudanças na maneira de operar a instituição.

“Neste momento percebi que minha presença ali iria muito além de uma coleta de dados” (Diário de pesquisa – Encontro 1 – OP em 20/12/2016)

Minha identificação com o fazer na política de saúde mental infanto-juvenil promoveu em mim diversos tipos de implicação e, por vezes, sobreimplicações porque me senti, assim como eles fazem com os casos clínicos, convocada a dar conta do sofrimento e ofertar soluções. Em muitos momentos recuei e analisei minhas práticas. Outras só foram possíveis após a conclusão desta pesquisa.

A questão é que na dinâmica coletiva e inconsciente reproduzimos atos: a equipe é convocada a dar respostas, a equipe me convoca a dar respostas; a equipe se movimenta no sentido de abraçar as demandas que surgem, eu me movimente no sentido de dar conta das demandas que surgiam. Essa fluidez das relações é que compõem o cotidiano dos serviços e da pesquisa-intervenção. Esse outro (que eles representam, que eu represento para eles, que os autores estudados nos representam) tem o poder de nos mobilizar, de nos retirar de nossos confortáveis lugares de saberes e nos provocar, não somente angústia, mas questões que são capazes de abrir novos horizontes.

“Resolvo ser mais direta e apresentar algumas propostas para contribuir com o reordenamento do cuidado” (Diário de pesquisa – Encontro 8 – OP em 24/01/2017)

Essa oferta se divide em dois momentos: um sobreimplicado, no qual me propus solucionar o problema da equipe, redesenhando cada agenda profissional para apontar a todos que seria possível reorganizar o serviço sem precisar desorganizar tanto o fazer cotidiano; o outro, implicado, no qual pude analisar as falas e os encontros da equipe e desenhar propostas concretas, que nada mais eram do que a devolutiva daquilo que eu havia absorvido de suas potencialidades.

O ponto positivo de minha sobreimplicação é que na medida em que eu desenhava a agenda de cada um eu pude tomar dimensão do serviço, compreender melhor sua forma de operar, sua engrenagem. Mas, após analisar meus afetos percebi que me identifiquei com o sintoma institucional de ‘abraçar tudo’.

Quando me dei conta disso, após um mergulho profundo nos conteúdos de transversalidade, eu não insisti neste material. Eu o encaminhei, mas não dei continuidade à ideia. Esperei, caso viessem demandas a este respeito, mas, como era de se esperar, a demanda era minha, e ainda não era tempo de enfrentar parte do instituído.

“Compartilhamos algumas experiências profissionais, pensamentos e reflexões sobre a clínica da infância e adolescência” (Diário de pesquisa – Encontro 3 – OP em 05/01/2017).

Neste momento em que os corpos se encontram e produzem afetos, me permito compartilhar vivências. Vamos estabelecendo diálogos, a partir da demanda do serviço, ou de determinado momento/situação, ou entre um encontro despretensioso e outro tomando café, tecendo conexões que nem sempre são simples. Às vezes, estes encontros promovem desconforto, persecutoriedade, descrença, afastamento. Outras, no entanto, provocam risos, saídas, reflexões e aprofundamentos. A questão é que analisar a nossa implicação enquanto pesquisador é uma tarefa especialmente delicada e, ao mesmo tempo, transformadora.

O lugar que me ofereceram foi de quem soluciona o problema, mas, no plano velado de cada convocação estava o pedido por acolhimento.

Interessante como uma das ações que mais precisam ser revistas no serviço (o acolhimento do usuário) também é a questão que mais se apresentou ao longo da pesquisa. Este é um ponto bastante singular e representativo.

Nestas narrativas vivas, a imagem ao fundo sempre foi esta: acolher. Por vezes, o acolher se investia de cuidado, de *holding* institucional, de contenção da angústia; outras, o acolher significava ouvir, não questionar mais do que era possível processar naquela hora, analisar; outras, acolher era receber e provocar reflexões; outras, acolher era compartilhar experiências, enriquecer nossos repertórios e colorir nossas histórias.

Neste movimento de vida institucional avanço e recuo no meu sentimento e na análise do destino de minhas afetações.

Encerro este capítulo com uma frase de Enriquez¹⁰³ que representa o trabalho empreendido, tanto por estes trabalhadores como por mim:

“Todo trabalho sobre si é um trabalho doloroso em que o homem toma consciência daquilo que perde sem estar seguro de ganhar algo em troca, sem poder compreender, se for esse o caso, o que está ganhando (...) é quando o homem aceita as suas inseqüências, incoerências, contradições, conflitos, e mesmo os seus fracassos, é quando vive essa experiência, tanto quanto possível, sem cair no ‘des-ser’ mortífero, é quando há ‘caos nele’ e quando ele sabe reconhecê-lo e enfrentá-lo que talvez, segundo a frase já citada de Nietzsche, poderá ‘dar à luz uma estrela dançante’. Coisa para a qual o indivíduo dito normal, armado de suas certezas, será definitivamente inapto”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Todos os corpos ou se movem ou repousam
(Baruch Spinoza)*

Como vimos, a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil ainda caminha a passos lentos, quando comparada à implantação dos serviços substitutivos destinados ao público adulto.

Aos poucos, essa realidade tem sido transformada com a intervenção do Ministério Público. Este órgão, a partir dos Termos de Ajustamento de Conduta (TAC), tem convocado os gestores municipais para o cumprimento de políticas públicas historicamente negligenciadas.

Em consequência desta intervenção, a macrogestão do município pesquisado tem buscado reorganizar seu modelo de atendimento em saúde mental. Uma destas reorganizações é o cadastramento do atual Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil na modalidade de CAPSi (ou CAPSij).

Tomar ciência do reordenamento é uma notícia intrinsecamente mobilizadora de afetos, porque anuncia que o novo (e desconhecido) se aproxima, convocando os sujeitos a desocuparem seus lugares (todos os sujeitos, incluindo os representantes da macrogestão).

O contato com este novo, de forma confusa e atravessada, imerge os trabalhadores no ‘olho do furacão’ – uma zona perigosa que faz com que (estes) estejam em constante vigilância desenvolvendo, em diversos momentos, conteúdos persecutórios e defesas reativas na tentativa de preservar e defender o instituído que os protege do caos anunciado.

Para cuidar deste momento, a proposta de supervisão clínico-institucional foi extremamente valiosa, porém pouco produtiva. A presença da supervisora e da gestão não promoveram o *holding* institucional, o acolhimento necessário para cuidar das sensações de ameaça e de fragmentação vivenciadas. A ausência desta sustentação sintetiza-se no pouco investimento em relação à escuta dos

trabalhadores. O que eles demandavam? O que, para eles, era importante ser trabalhado neste espaço clínico-político? Quando o remetente da demanda não é a equipe que receberá este dispositivo as chances de conexão são frágeis.

Diante deste cenário, a pesquisa-intervenção constituiu-se como um método potente ao intervir na dinâmica do serviço e na dinâmica das relações. Cabe destacar que a função deste método não é ofertar respostas prontas, mas possibilitar que, através da intervenção em ato, novos caminhos possam ser gestados. Acredito que, neste caso, a pesquisa-intervenção se fez ainda mais efetiva porque nasceu da demanda dos próprios trabalhadores.

Logo, o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional mostrou-se adequado e coerente para possibilitar a produção dos dados empíricos do estudo. Tal referencial analisa as relações a partir das instituições. Em síntese, para Costa-Rosa (2000 citado por Luzio³⁶), as ferramentas da A. I. possibilitam abordar microprocessos institucionais, em especial, no campo da saúde mental, haja vista que este campo se relaciona com o contexto social através das instituições (saúde, família, religião, educação, entre outros).

Isto posto, no que se refere ao objetivo geral, a pesquisa apontou que há esforços, por parte da equipe, em desenvolver ações que contemplem o princípio da integralidade. Podemos afirmar, também, que para alguns casos clínicos a integralidade aconteceu – especialmente para os usuários que são atendidos por outros serviços e outras políticas, pois, a construção do cuidado tem sido, na medida do possível, compartilhada, discutida e, apesar da complexidade que os envolve, há o trabalho intersetorial procurando compreender as necessidades das crianças e dos adolescentes, e não somente sua queixa ou a queixa representada por seus responsáveis.

Mas, há um limite para estes trabalhadores que impossibilita a construção ampliada e integral de todos os usuários atendidos. Esse limite deve ser assumido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Neste sentido, como foi muito bem apontado por Cecílio⁵⁵ “a luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde”.

Considerando este apontamento, algumas ações foram problematizadas com os trabalhadores, no encontro de restituição realizado em abril de 2018.

Estas reflexões reiteram o que esta pesquisa demonstrou: é imprescindível o comprometimento de todos os sujeitos, de todas as instâncias, nos processos de cuidado que envolvem tanto as necessidades de saúde dos usuários, quanto as necessidades dos trabalhadores neste momento de transição do serviço. É necessário (re)conectar-se aos princípios do SUS e às diretrizes da RAPS, abarcando as ações pouco destacadas nos escritos legais, como a oferta de material de trabalho adequado (incluindo o transporte para deslocamento nas articulações de rede) e a contratação justa de trabalhadores, respeitando o princípio de isonomia.

Apesar de haver um hiato entre o que se espera da macrogestão e o que se tem, efetivamente, no campo de trabalho, é fundamental apontar que a potência desta instância se concentra nas atuais coordenações da Atenção Básica e da Saúde Mental: mulheres que se posicionam diante da Secretaria e que têm a difícil tarefa de mediar a relação entre a clínica e a política.

Quanto à implicação dos profissionais, a pesquisa apontou que há momentos nos quais os encontros são potentes, as tecnologias são utilizadas em favor do usuário, promovendo atendimento digno e respeitoso conectado aos princípios básicos do SUS. Em contrapartida, outros momentos são tomados pela sobreimplicação, no qual a manutenção dos modelos instituídos se reveste de defesa contra a ruptura, impossibilitando escuta entre os sujeitos da equipe, inviabilizando espaços de diálogo coletivo e abordando os casos clínicos de modo superficial e focado na queixa-conduta. Novamente, como apontado, o investimento em supervisão clínico-institucional é a ferramenta para intervir nesta dinâmica.

Assim, superar a sobreimplicação e a inércia é um dos desafios que esta equipe enfrenta, ao lado da falta de estrutura.

Outro ponto importante é a necessidade de investimento em educação permanente. Segundo Brasil¹⁰⁵: “o artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema”. Segundo o Ministério da Saúde, a educação permanente se configura enquanto proposta ético-política-pedagógica cujo objetivo é possibilitar a transformação e a qualificação da atenção à saúde, dos processos de formação, das práticas de educação em saúde, incentivando o reordenamento das ações e dos serviços a partir da lógica intersetorial¹⁰⁶. A Portaria

GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação desta política¹⁰⁷.

Imergir neste campo de pesquisa me mostrou que, apesar do momento intempestivo e da solidão, os trabalhadores desvelam suas potências nos microprocessos cotidianos, como: na constituição das miniequipes para otimizar os processos de trabalho e contribuir para o diálogo e construção dos casos clínicos; na criação do grupo de acolhimento, como possibilidade de compreensão da necessidade de saúde, objetivando superar o modelo centrado na queixa-conduta; nas intervenções realizadas na e com a rede intersetorial, especialmente com a educação e a assistência social; no investimento, ainda que prematuro, em apoio matricial, atentando-se às demandas das equipes da Atenção Básica; no olhar crítico sobre o modelo ambulatorial, compartilhado pela maioria dos trabalhadores deste serviço; na compreensão política do funcionamento do CAPSi, apropriando-se das legislações e materiais produzidos pelo Ministério da Saúde; na disponibilidade em acolher estagiários, que se configuram enquanto sujeitos mobilizadores e que fazem fluir sangue novo neste corpo institucional; na disponibilidade em acolher esta pesquisa, convocando-a a intervir nesta dinâmica compreendida por eles como modelo a ser superado; no investimento em capacitação profissional que fazem particularmente, muitas vezes, sem apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Estes são alguns dos elementos que esta pesquisa identificou neste curto espaço de tempo.

Acredito que, apesar dos desafios, há muita energia e interesse nesta equipe que vem tentando manter-se motivada e afinada apesar dos atravessamentos desajeitados.

Para concluir, esta pesquisa também me ensinou que, quando entramos em contato com a história do SUS, passamos a compreender esse complexo sistema que tem a ousada missão de buscar garantir acesso à saúde para milhões de pessoas que vivem em um país desigual. Mas o SUS, embora considerado por muitos como parte de uma máquina estatal – por vezes movida a interesses privados (para não dizer escusos) – não se define assim.

Sem desconsiderar o caráter técnico, político, econômico, administrativo que o compõe, arrisco-me a afirmar que o SUS é maior do que isso. A força motriz do SUS somos nós: pessoas! Sujeitos-usuários, sujeitos-trabalhadores, sujeitos-gestores, sujeitos-intelectuais, sujeitos-legisladores, sujeitos-executores, sujeitos que, embora imersos em um cenário de infinitas contradições, permanecem na luta, no

cotidiano de cada serviço, em cada lugar deste país, através, muitas vezes, de resistências discretas que se realizam a partir de um grupo de caminhada, ou jogos de futebol, ou idas ao cinema, ou em consultas e exames complexos e transplantes que salvam vidas (das tecnologias duras às tecnologias leves e vice-versa).

É nesse cotidiano, é nesse pequeno (imenso) fazer, nas relações um-a-um, sujeito-sujeito, que o SUS vai encontrar (e vai encontrando) o combustível que o faz resistir e florescer, como um mandacaru, em meio a tantas adversidades. Como aponta Boff (1999, p. 89 citado por Silva Jr, Alves e Alves⁶¹): “não *temos* cuidado. *Somos* cuidado”.

Nas palavras de Spinoza⁹⁷:

“Se agora parece árduo o caminho que eu mostrei conduzir a isso, contudo ele pode ser descoberto. E evidentemente deve ser árduo aquilo que tão raramente é encontrado. Com efeito, se a salvação estivesse à mão e pudesse ser encontrada sem grande labor, como poderia ocorrer que seja negligenciada a quase todos? Mas tudo o que é notável é tão difícil quanto raro”.

A Reforma Sanitária Brasileira não acabou e nós somos parte dela, então, sigamos em busca de seu ideário de justiça e igualdade.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JA. Para uma teoria da reforma sanitária: 'democracia progressiva' e políticas sociais. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, n.20, 1988; p.85-93.
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [tese de doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2007.
3. Foucault M (1969). A arqueologia do saber. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
4. Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. A delimitação do problema e o levantamento de algumas questões metodológicas, p. 67-210.
5. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social; 1975.
6. Sól NAA. A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.
7. Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS et al.. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
8. Paim JS e Almeida Filho N. A crise na Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Casa da Qualidade: Salvador, BA; 2000.

9. Brasil. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso 22 Set. 2017
10. Brasil. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2006.
11. VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, Ministério da Saúde; 1986 [acesso em 17 abr 2018]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Marcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.
13. Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R e Mattos RA. Os sentidos na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPEC/UERJ, IMS: Abrasco; 2006.
14. Pierantoni CR. 20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 617-624; 2008.
15. Brasil. Portaria MS/GM Nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0218.pdf>. Acesso em 22 set. 2017
16. Brasil. Portaria MS/GM Nº 1.882 de 18 de dezembro de 1997(a). Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM1882_18Dezembro_1997.pdf. Acesso em 22 set. 2017.

17. Brasil. Portaria MS/GM Nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 [acesso em 22 set 2017]. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf.
18. Brasil. Portaria MS/GM Nº 3.916 de 30 de outubro de 1998(a). Define a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em 22 set. 2017
19. Brasil. Portaria MS/GM Nº 3.925 de 13 de novembro de 1998 [acesso em 22 set. 2017]. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html
20. Brasil. Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999 [acesso em 22 set 2017]. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm.
21. Brasil. Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999 [acesso em 22 set 2017]. Estabelece o Medicamento Genérico. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm.
22. Brasil. Portaria GM/MS nº 176 de 8 de março de 1999 [acesso em 22 set 2017]. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/176.pdf>.
23. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.077 de 24 de agosto de 1999 [acesso em 22 set 2017]. Cria o Programa de Aquisição dos Medicamentos para a Área de Saúde Mental. Disponível em

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6417>.

24. Brasil. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 [acesso em 22 set 2017]. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.

25. Brasil. Portaria GM/MS nº 393 de 29 de março de 2001 [acesso em 22 set 2017]. Institui a Agenda de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.

26. Brasil. Portaria GM/MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002 [acesso em 22 set 2017]. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2002. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.

27. Brasil. Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS. 2003 [acesso em 17 abr 2018]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

28. Brasil. Portaria MS/GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em 22 set. 2017

29. Brasil. Portaria nº 2.529/GM de 19 de outubro de 2006(b) [acesso em 22 set 2017]. Revogada pela PRT GM/MS nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011_comp.html.

30. Brasil. Portaria nº 1.820/GM de 13 de agosto de 2009 [acesso em 17 abr 2018]. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

31. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. Ciênc. saúde coletiva. 2007 [acesso em 05 abr 2018]; 12 (2): [301-306]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200002&lng=en&nrm=iso>.
32. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
33. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Ed. Perspectiva; 1972.
34. Nunes Filho EP, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu; 2005.
35. Oliveira WV. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. Hist. cienc. saude-Manguinhos [internet]. Mar 2011 [acesso em 05 abr 2018]. 18 (1): [141-154]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso>.
36. Luzio CA. Atenção Psicossocial e Psiquiatria Biológica: uma trajetória histórica. In: L'abbate S (org). Análise institucional e saúde coletiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2013.
37. Brasil. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2002(e). Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em 22 set. 2017.
38. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho RA. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo. FUNDAP: Secretaria da Saúde; 2015.

39. Brasil. Emenda Constitucional nº 90 de 15 de setembro de 2015 [acesso em 22 set. 2017]. Dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal, para introduzir o transporte como direito social. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc90.htm.
40. Brasil. Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013 [acesso em 22 set 2017]. Altera o caput do art. 3º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12864.htm.
41. Fernandes FMB. Regionalização no SUS: uma revisão crítica Ciênc. saúde coletiva. Abr 2017 [acesso em 31 jul. 2017]. 22 (4): [1311-20]. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000401311&lng=en&nrm=iso>.
42. Brasil. Lei nº 13.427 de 30 de março de 2017 [acesso em 22 set 2017]. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13427-30-marco-2017-784552-publicacaooriginal-152276-pl.html>.
43. Centro de Educação e Assessoramento Popular. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? 2. ed. Passo Fundo: IFIBE; 2009. Disponível em <http://www.ceap-rs.org.br/>. Acesso em 22 set. 2017
44. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em 22 set. 2017

45. Brasil. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 22 set. 2017
46. Brasil. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 [acesso em 22 set 2017]. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
47. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 [acesso em 17 abr 2018]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
48. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R e Mattos RA. Os sentidos na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPEC/UERJ, IMS: Abrasco; 2006.
49. Cecilio LCO e Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AF, Mattos RA. (orgs.). Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio Grande do Sul: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; 2006.
50. Pinheiro R e Mattos RA. Construção Social da Demanda em Saúde e a Integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: Pinheiro R e Mattos RA (orgs). Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco; 2005.

51. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R e Mattos RA (orgs). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/Abrasco; 2007. p. 91-113.

52. Merhy EE. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R e Mattos RA (orgs). Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco; 2005.

53. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R e Mattos RA. Os sentidos na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPEC/UERJ, IMS: Abrasco; 2006.

54. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPEC/UERJ, IMS: Abrasco; 2006.

55. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/UERJ, IMS; 2001.

56. Alves DS. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro R; Mattos RA de. Os sentidos na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPEC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006.

57. Dimenstein M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. Psicol. cienc. prof. dez 2004 [acesso em 30 dez 2017]. 24 (4): [112-17]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013&lng=en&nrm=iso>.

58. Pelbart PP. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A (org). Saúdeloucura. São Paulo: Hucitec; 2001.

59. Lancetti A. Loucura metódica. In: Saúde loucura (2). São Paulo: Hucitec; 1990.

60. Brasil. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 11 ago. 2015.

61. Silva Jr AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R e Mattos RA (orgs). Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco; 2005.

62. Brasil. Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece normas e diretrizes para o atendimento ambulatorial, para atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial e para atendimento hospitalar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990. 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

63. Campos GWS e Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, 2007 [acesso em 05 abr 2018]; 23 (2): [399-407]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>.

64. Gazignato ECS e Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde debate [internet]. Jun. 2014 [acesso em 10 set 2015]. 38 (101): [296-304]. . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200296&lng=en&nrm=iso.

65. Brasil. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
66. Juliani CMCM e Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP [internet]. Dez. 1999 [acesso em 17 abr 2018]. 33 (4): [323-33]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000400001&script=sci_abstract&tlng=pt.
67. Ceccim RB e Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006, p. 162-76.
68. Brasil. Portaria MS/SM Nº 1.174 de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html. Acesso em 23 nov. 2017.
69. Severo AK, L'Abbate S e Campos RTO. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. Interface (Botucatu), Botucatu [internet]. Set. 2014 [acesso em 23 nov. 2017]. 18 (50): [545-56]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300545&lng=en&nrm=iso>.
70. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Merhy EE e Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
71. Ribeiro PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. Psicol. estud. [Internet]. Abr 2006 [acesso em 05 abr 2018]. 11 (1): [29-38]. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100004&lng=en&nrm=iso>.

72. Ariès P. História social da criança e da família. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1973/1981.
73. Schechtman A. Textos da I Reunião Temática. In: Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
74. Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2005. Capítulo 1, Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil no SUS, p.7-10.
75. Ribeiro CS et al.. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. In: Passos ICF e Penido CMF. (orgs), Amarante P (coord). Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes. São Paulo: Zagodoni; 2017.
76. Couto MCV e Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clin.*, jul. 2015 [acesso em 05 abr 2018] 27 (1): [17-40]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso>.
77. Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2005. Capítulo 2, Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, p.11-4
78. Elia L. A Rede da Atenção na Saúde Mental: articulações entre CAPS e ambulatorios. In: Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

79. Brasil. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
80. Brasil. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 [acesso em 18 abr 2018]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
81. Conselho Nacional do Ministério Público. Portal de direitos coletivos [internet]. Conselho Nacional do Ministério Público. [acesso em 04 jul. 2017]. Termo de Ajustamento de Conduta. [1 tela]. Disponível em <http://www.cnmp.gov.br/direitoscoletivos/index.php/4-o-que-e-o-termo-de-ajustamento-de-conduta>.
82. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.
83. Pezzato LM; Prado GVT. Pesquisa-ação e pesquisa-intervenção: aproximações, distanciamentos, conjugações. In: L'Abbate S (org). Análise Institucional e saúde coletiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2013.
84. Rossi A e Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rev. Epos [internet]. Jun. 2014 [acesso em 08 jul. 2017]. 5 (1): [156-181]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso>.
85. Lourau RL. René Lourau na UERJ: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993.
86. L'Abbate S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues HBC e Altoé S. Análise Institucional. SaúdeLoucura (8). São Paulo: Hucitec; 2004.

87. Romagnoli RC. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte [internet]. Abr. 2014 [acesso em 07 jul. 2017]. 26 (1): [44-52]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100006&lng=en&nrm=iso>.

88. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal, Rev. Psicol.* [Internet]. Jun 2008 [acesso em 07 jul. 2017]. 20 (1): [19-26]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000100007&lng=en&nrm=iso>.

89. Pereira WCC. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estud. psicol.* [Internet]. Jun. 2007 [acesso em 08 jul. 2017]. 7 (1): [11]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100002&lng=pt&nrm=iso>.

90. Guattari F. *Revolução molecular*. 3. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1978. Parte II, A transversalidade, p. 89.

91. Fernandez JCA. *Promoção da saúde e dinâmica social: o lugar dos sujeitos*. [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.

92. Coimbra, CMB e Nascimento ML. *Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?* Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004 [acesso em 26 set. 2017]. Disponível em http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Maria%20L%C3%ADvia%20do%20Nascimento/texto22.pdf.

93. Hess R. Momento do diário e diário dos momentos. In: Souza EC e Abrahão MHMB (orgs). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre: Ed. PUCRS; 2006.

94. Jesus AF, Pezzato LM e Abrahão AL. O uso do diário como ferramenta estratégica da análise institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde: o caso Dom Queixote. In: L'Abbate S (org.). *Análise Institucional e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2013.

95. Severo AK e Dimenstein M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol. cienc. prof.* [internet]. 2011 [acesso em 31 dez 2017]. 31 (3): [640-55]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015&lng=en&nrm=iso>.

96. Brasil. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília/SF: Ministério da Saúde; 2006b.

97. Spinoza B (1632-1677). *Ética: Espinosa*. Trad. Grupo de Estudos Espinosanos. Coord. Marilena Chauí. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2015.

98. Golin G e Benetti SPC. Acolhimento precoce e o vínculo na institucionalização. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. Set. 2013 [acesso em 29 nov. 2017]. 29 (3): [241-48]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000300001&lng=en&nrm=iso>.

99. Kaës R. Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições. In: Kaës R et al.. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.

100. Foucault M. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro, Graal; 1984.

101. Foucault M. Como se exerce o poder? In: Dreyfus H e Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Trad. Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

102. Rigotti DG. Matriciamento e coprodução de autonomia: percepções dos apoiadores matriciais do SUS-Campinas [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2016.
103. Enriquez E. O trabalho da Morte nas Instituições. In: Kaës R et al.. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.
104. Gauy FV e Guimarães SS. Triagem em saúde mental infantil. Psic.: Teor. e Pesq. [Internet]. Abr 2006 [acesso em 05 abr 2018]. 22 (1): [5-15]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000100002&lng=en&nrm=iso>.
105. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 [acesso em 18 abr 2018]. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>.
106. Brasil. Trabalho, educação e qualificação [internet]. Ministério da Saúde [acesso em 18 abr 2018]. Política Nacional de Educação Permanente [1 tela]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/politica-nacional-de-educacao-permanente>
107. Brasil. Portaria GM nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 [acesso em 18 abr 2018]. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista para a equipe do Consultório na Rua

- Quando este serviço foi inaugurado?
- Vocês chegaram a conhecer outros serviços, de outros municípios?
- Qual a composição da equipe?
- O serviço possui transporte próprio?
- Qual o funcionamento do serviço?
- Como vocês têm desenvolvido as atividades do CR?
- A médica participa da abordagem na rua?
- Vocês realizaram o mapeamento desta população?
- Vocês estão centralizando as ações no centro da cidade, ou há ações nos bairros?
- Como tem se desenvolvido a relação com a Política de Assistência Social?
- A Política de Assistência Social possui um serviço voltado para a população em situação de rua?
- Como acontece a construção com a atenção básica?
- Vocês conseguiram articulação com outras secretarias, como habitação?
- E com a SM, como vocês estão se articulando?
- Vocês têm identificado outros Transtornos Mentais que não somente o uso de SPA?
- Quais os desafios deste equipamento?
- Mesmo sendo um grupo novo, você consegue identificar a potência deste serviço e dos trabalhadores desta equipe?

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista para Serviço Residencial Terapêutico

- Descreva o espaço físico deste serviço.
- Qual a história deste serviço?
- Como a equipe está constituída?
- Algum profissional possui formação em políticas públicas, ou especificamente relacionada ao SUS?
- Quantos usuários moram nesta casa?
- Qual o fluxo para a chegada a esta residência?
- Há demanda reprimida?
- Como acontece a construção com os serviços de saúde mental?
- Como acontece a construção com a rede intersetorial?
- Quais atividades acontecem dentro da casa?
- Em caso de crise, como acontece o manejo?
- Quais os seus desafios enquanto coordenador desta residência?
- Você consegue descrever as potencialidades desta equipe?

APÊNDICE 3 – Formulário para serviços da RAPS

Pesquisa RAPS

Prezados coordenadores,

Como sabem, estou realizando minha pesquisa de mestrado na RAPS [REDACTED]

Desde o final do ano passado, estou inserida em dois ambulatorios.

Além destes, fui recebida também pela coordenadora do SRT e pelo coordenador do Consultório na Rua.

Para concluir minha coleta de dados, convido vocês a participarem de minha pesquisa através do preenchimento deste formulário que tem duração aproximada de 10 minutos.

Cabe registrar que todas as informações são sigilosas e que, para os que desejarem participar, é fundamental a assinatura do termo de consentimento, que poderá ser entregue para a coordenadora da SM, ou poderei retirar na unidade de vocês.

Conto com a compreensão de todos e estou disponível para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cláudia Picirilli

cpicirilli@gmail.com

*Obrigatório

Local de trabalho *

- ☐ Ambulatório X
- ☐ Ambulatório Ad
- ☐ CAPS II

Como é composta a equipe de trabalho de sua unidade? *

Sua resposta

Há quanto tempo este serviço foi inaugurado? *

Sua resposta

A equipe desta unidade realiza apoio matricial à Atenção Básica? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, por favor, descreva como os encontros são articulados.

Sua resposta

Se não, por favor, descreva por quais razões este processo de trabalho não é realizado.

Sua resposta

Este serviço funciona como porta-aberta? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Sobre os processos de trabalho, aponte: a) se ocorrem; b) de que forma acontecem:

Reunião de equipe *

Sua resposta

Elaboração de PTS *

Sua resposta

Articulação com a rede intersetorial (assistência social, judiciário, educação, etc) *

Sua resposta

Encaminhamento para urgência e emergência *

Sua resposta

Articulação com unidades de internação *

Sua resposta

Os profissionais médicos participam do desenvolvimento destes processos de trabalho? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você identifica potencialidades nos serviços da rede (saúde e intersetorial) em relação aos cuidados em saúde mental de crianças, adolescentes e adultos? *

Sua resposta

Quais os desafios que envolvem as articulações na RAPS e quais ações coletivas poderiam ser problematizadas para sua superação, na sua opinião? *

Sua resposta

Agradeço sua participação e sua disponibilidade em contribuir para os avanços das pesquisas no SUS. Assim que a dissertação estiver concluída, comprometo-me a encaminhar os resultados desta pesquisa.

APÊNDICE 4 – Agenda elaborada para trabalhadores dos ASM pesquisados

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7h00					
7h30					
8h00					
8h30					
9h00					
9h30					
10h00					
10h30					
11h00					
11h30					
12h00					
12h30					
13h00					
13h30					
14h00					
14h30					
15h00					
15h30					
16h00					
16h30					
17h00					

Por favor, registre todas as suas atividades atuais (grupos, atend. Individuais, reuniões, formações, etc). **Não precisa se identificar, nem identificar os usuários atendidos. Apenas, quando tratar-se de grupo, discrimine a faixa etária, gênero, critérios diagnósticos ou outros critérios para inserção na atividade (perfil do grupo).**

APÊNDICE 5 – Roteiro de entrevista para a coordenação do ASM Infanto-Juvenil

- Conte-me sobre a história deste serviço.
- Como é a relação com a AB?
- Qual o maior desafio que você identifica na articulação de rede?
- Como está o processo de transição para CAPSi?
- Em caso de situações de crise, como é o manejo da equipe?
- Vocês atendem muitas crianças que vivem em instituições de acolhimento?
- Vocês chegaram a pensar em estruturar um conselho local de saúde?
- Como acontecem os atendimentos com a clínica AD? (Álcool e outras drogas)
- Quais potências você identifica nesta equipe?

APÊNDICE 6 – Roteiro de entrevista para a coordenação ASM para adultos

- A primeira vez que estive aqui, vocês me falaram sobre a construção do matriciamento há muitos anos. Como aconteceu este processo?
- Desde a inauguração, vocês eram deste território?
- E, após o cadastramento para CAPS, a intenção da SMS é permanecer neste espaço?
- Hoje, o serviço tem condições de ofertar permanência-dia?
- Como é o processo de acolhimento?
- Vocês têm conseguido operar nessa lógica: acolhimento, grupo de acolhimento, PTS para dentro da unidade?
- Há demanda reprimida?
- Por que você acha que não tem fila de espera?
- A maioria dos usuários chega por demanda espontânea ou referenciada?
- Por mais que seja um território menor, ainda assim não é um território pequeno. Você consegue identificar o que faz a dinâmica do serviço acontecer?
- Todos os períodos têm médico?
- Quando vocês precisam do médico, o que vocês fazem?
- E o SAMU também não oferece retaguarda para situações de crise, na ausência do médico da equipe?
- Com a AB, apesar dos desafios, acredito que há um processo construído de trabalho, pelo menos há articulações de matriciamento. E com a rede intersetorial?
- Vocês possuem assembleias no serviço?
- Qual a potência dessa equipe?

APÊNDICE 7 – Roteiro de entrevista para coordenadores da ESF

- Qual a sua formação?
- Você tem especialização?
- Há quanto tempo você está no SUS deste município?
- E nesta unidade?
- Qual o perfil da população atendida por vocês?
- Como vocês estão compostos?
- Vocês têm conselho local?
- Como é a relação com a medicina?
- Vocês recebem apoio matricial?
- Este serviço realiza atividades de promoção de saúde?
- Vocês elaboram PTS na equipe?
- Como acontece a articulação de rede?
- Qual é a maior demanda de saúde mental de vocês?
- E infância, tem demanda?
- As escolas fazem demanda?
- Vocês têm demanda reprimida?
- Você consegue identificar, dentro da SM, um desafio, ou algo que vocês ainda precisam avançar enquanto rede de cuidado?

APÊNDICE 8 – Roteiro de entrevista para a coordenação de SM

- O que você considera mais evidente hoje, em saúde mental, no município?
- Sobre crianças e adolescentes, como está a demanda?
- Como você descreve a relação dos serviços de saúde mental com a AB?
- Quais ações ajudaram nesta aproximação?
- Como está a questão dos cadastramentos dos CAPS?
- Todos os ambulatorios de dividiram em miniequipes?
- Quais desafios você tem na SM?
- Apesar dos desafios atuais, você identifica potências na rede de SM?

APÊNDICE 9 – Roteiro de entrevista coletiva para coordenação da AB

- Como a AB organiza os encaminhamentos para os serviços de saúde mental?
- É possível promover mudança na maneira como esses encaminhamentos acontecem?
- Seria possível as UBS/ESF/CRAB, ao menos, ligarem para os serviços de saúde mental para discutir o caso clínico antes de, simplesmente, encaminhar?
- Na impossibilidade desta ação, qual outra estratégia poderá ser adotada para a aproximação destes equipamentos, além do processo de matriciamento que vem sendo construído?
- Com a possibilidade de inserção de todos os serviços no sistema integrado de informações, vocês acreditam que a conversação entre os equipamentos poderá ser viabilizada e que a população será melhor orientada na procura dos serviços, ao invés de ficar peregrinando na rede?
- Existe a possibilidade da AB se aproximar mais da rede intersetorial, em especial educação e assistência social, atuando como porta de entrada para os casos clínicos, antes de encaminhar as pessoas para os serviços de saúde mental?

APÊNDICE 10 – Formulário para gestores da AB

20/01/2018

Formulário AB

Formulário AB

Prezados, gostaria de convidá-los a participar da etapa final de minha pesquisa. O preenchimento do formulário abaixo levará, no máximo, 10 minutos. Ficará aberto até o dia 15/6/17.

Agradeço a disponibilidade e a contribuição. Reitero que as informações são sigilosas e que seus dados são confidenciais.

Cláudia Picirilli

***Obrigatório**

Qual região você coordena? *

Sua resposta

Quantos equipamentos da AB existem em sua região e quais são eles (PSF, UBS, outros). *

Sua resposta

Em média, você saberia informar quantos habitantes esta região possui? *

Sua resposta

Você saberia identificar quais são as questões mais evidentes de saúde mental relacionadas à sua área de abrangência? *

Sua resposta

20/01/2018

Formulário AB

Como você descreve a relação dos equipamentos de saúde mental com os serviços da AB de sua região? *

Sua resposta

Em sua opinião, quais são os desafios de seu território no que se refere ao cuidado em saúde mental? *

Sua resposta

Qual (is) proposta(s) poderia(m) ser pensada(s)/executada(s) a fim de superar tais desafios? *

Sua resposta

Quais ações você tem desenvolvido em busca da superação destes desafios?

Sua resposta

Agradeço sua disponibilidade e interesse em contribuir com esta pesquisa e com o SUS.



ENVIAR

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

APÊNDICE 11 – Formulário de entrevista para os médicos dos ASM

Pesquisa RAPS - Medicina

Prezados profissionais médicos,

Estou realizando, desde o final de 2016, pesquisa de mestrado (vinculada à FCM/UNICAMP) na RAPS com o tema: integralidade das ações de saúde mental.

As metodologias aplicadas, para coleta de dados, foram: pesquisa intervenção e observação participante, nos ambulatorios. As entrevistas presenciais, com os profissionais médicos, também estão incluídas nesta proposta, porém, como não obtive retorno, considerei propor este formulário.

Cabe informar que todas as respostas são sigilosas e que é importante que, o profissional que se disponibilizar a participar, assine o termo de consentimento livre e esclarecido que foi enviado ao coordenador da unidade.

Desta forma, buscando ampliar a análise sobre as equipes de saúde mental, e seus processos de trabalho, convido os profissionais médicos a participarem desta pesquisa. O preenchimento do formulário tem duração média de 10 minutos e estará aberto até o dia 31/05/2017.

Conto com a disponibilidade de vocês e coloco-me à disposição para demais esclarecimentos.

Atenciosamente

Cláudia Capellini Picirilli

cpicirilli@gmail.com

*Obrigatório

Local de trabalho *

- ☐ Ambulatório infanto-juvenil
- ☐ Ambulatório adulto

Carga horária dedicada ao trabalho nesta unidade: *

Sua resposta

Há quanto tempo atua nesta unidade? *

Sua resposta

Possui especialização ou curso de formação/aperfeiçoamento em saúde pública/ coletiva? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você participa das reuniões de equipe, ou miniequipe? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Caso não participe, você poderia descrever o motivo? *

Sua resposta

Em qual (is) momento(s) você e a equipe discutem os casos clínicos atendidos nesta unidade? *

Sua resposta

No dia a dia, você consegue estar próximo à equipe, principalmente na atenção à crise? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se possível, justifique sua resposta.

Sua resposta

Quais atividades você desenvolve dentro do ambulatório, em relação ao atendimento aos usuários do serviço? *

Sua resposta

Você realiza apoio matricial na Atenção Básica? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se possível, justifique sua resposta.

Sua resposta

Como são construídas as discussões de caso clínico entre você e a rede de saúde, incluindo a urgência e emergência? *

Sua resposta

Como são construídas as discussões de caso clínico entre você e a rede intersetorial (assistência social, judiciário, educação, etc)? *

Sua resposta

Na sua opinião, quais os desafios que envolvem as articulações na RAPS e quais ações coletivas poderiam ser problematizadas para sua superação? *

Sua resposta

Na sua opinião, quais os desafios que envolvem as articulações na RAPS e quais ações coletivas poderiam ser problematizadas para sua superação? *

Sua resposta

Você identifica potencialidades nesta equipe de trabalho? *

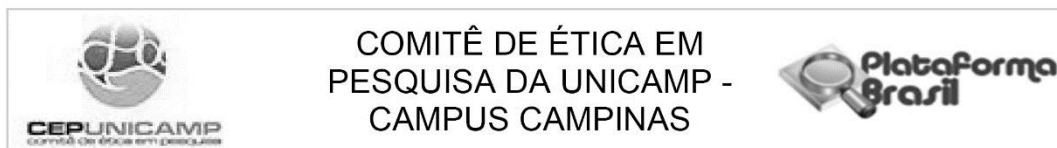
- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

Justifique sua resposta. *

Sua resposta

Agradeço sua disponibilidade em contribuir para os avanços das pesquisas no Sistema Único de Saúde.

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL E A POTÊNCIA DOS TRABALHADORES DA RAPS, [REDACTED]

Pesquisador: CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59447616.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

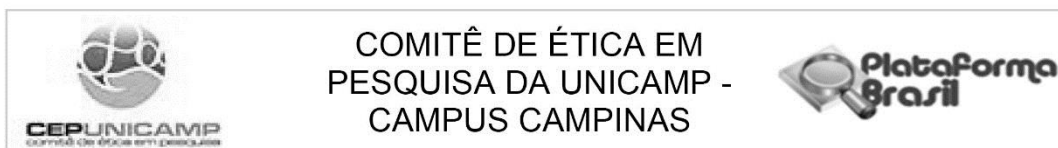
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.750.268

Apresentação do Projeto:

Resumo: Esta pesquisa tem como tema a integralidade das ações em saúde mental e a potência dos trabalhadores da RAPS no município de [REDACTED]. Seu objetivo principal concentra-se em analisar e compreender em que medida as práticas profissionais destes trabalhadores contribuem para a integralidade da atenção à saúde dos usuários. Para tanto, será realizada pesquisa de campo de caráter qualitativo, através da utilização dos métodos de observação participante – que ocorrerá nas reuniões de equipe dos serviços especializados (Ambulatório de Saúde Mental e Ambulatório Infanto-juvenil) – e entrevista semiestruturada, aplicada aos coordenadores destes serviços e aos profissionais médicos que não participam das reuniões de equipe dos serviços especializados. Serão analisados também documentos, portarias e diretrizes municipais, para complementar a análise dos dados coletados. A pesquisadora contará com anotações em diário de campo, quando da aplicação do método de observação participante; da gravação, em áudio, das entrevistas semiestruturadas e da transcrição integral dos discursos gravados, mapeando-os, ordenando-os e classificando-os para posterior análise e compreensão dos conteúdos. Para a análise e interpretação dos dados será utilizado o método de análise temática. Concluída esta etapa, a pesquisadora elaborará a análise final da pesquisa estabelecendo relação entre os dados coletados e os referenciais teóricos de relevância sobre o tema. Espera-se, com esta pesquisa,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

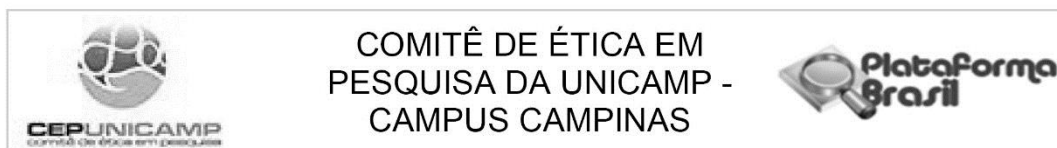


Continuação do Parecer: 1.750.268

contribuir para a potencialização das ações de integralidade – conforme previsto na Lei nº 8.080/90, artigo 7º, inciso II – da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do município [REDACTED] buscando fomentar ações que possibilitem a reflexão das equipes sobre seus processos de trabalho, reiterando a importância da sustentação de uma rede viva, ativa e articulada no cuidado compartilhado em saúde.

Introdução: A Constituição Federal, promulgada em 1988, instituiu a construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo: o Sistema Único de Saúde (SUS). Como afirma Mendes (2013), o SUS é a “maior política de inclusão social da história de nosso país” (p. 28). Essa conquista derivou do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, com forte atuação na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986 (ELIAS, 1993). A VIII CNS propunha a reformulação do modelo de assistência à saúde, apontando como princípios norteadores: o acesso universal, a integralidade das ações e dos serviços, a igualdade da assistência, entre outros, posteriormente contemplados na aprovação da Lei nº 8.080/90. Segundo Cecilio (2006, p. 113) tanto a universalidade como a integralidade e a equidade da atenção “constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira” e prossegue “a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice conceito-signo”. Podemos afirmar que desde a sua promulgação, em 1990, até os dias de hoje (mais de vinte e cinco anos), o SUS avançou em muito sentidos, principalmente no que se refere ao acesso da população aos serviços de saúde. Porém, muitos desafios ainda compõem este sistema e estão intimamente conectados com questões de ordem política, social e econômica do país. Um exemplo que podemos destacar é a pesquisa realizada por Viana et al (2015), que buscou descrever a tipologia das regiões de saúde no Brasil. Os autores constataram que as regiões Sul e Sudoeste apresentam maior investimento na oferta de serviços e ações em saúde à população, inclusive de iniciativa privada, enquanto nas regiões Norte e Nordeste os investimentos ainda são precários. Outro exemplo, agora com relação aos processos de gestão de trabalho, pode ser encontrado na pesquisa de Fleury e Ouverney (2012, p. 83) que concluíram: “os desafios apontam cada vez mais para a necessidade de fortalecimento dos atores e para a horizontalização das relações de poder” dentro do Sistema Único de Saúde. Uma das ações de horizontalização das relações de poder é a consolidação da integralidade, prevista no Art. 7º, inciso II, da Lei 8.080/90, descrita da seguinte forma: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Nota -se que essa perspectiva evidencia

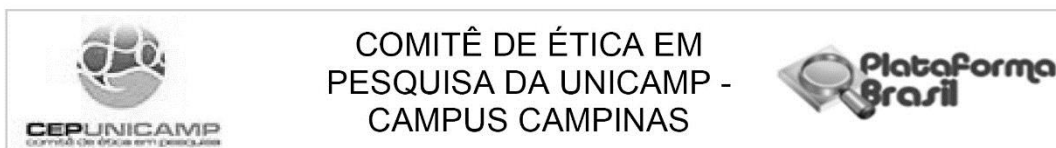
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

uma dimensão funcionalista, que focaliza os diferentes planos e circuitos presentes na dinâmica de funcionamento do SUS. Entretanto, há também outra concepção importante, para compreendermos a abrangência e complexidade do que vem a ser integralidade, voltada para a dimensão assistencial, ou da atenção à saúde. Segundo Mattos (2006, p. 41) a integralidade, mais do que uma diretriz do SUS, é uma “bandeira de luta”, “um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns, desejáveis”, se relacionando a um ideal de sociedade justa e solidária. Para o autor, a integralidade sublinha uma forma de organização dos processos de trabalho, buscando otimizar seu impacto epidemiológico. Como afirma Pinheiro (2006, p. 65): “a integralidade é assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção integral e o plano sistêmico - onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados”. Por oferta entende-se a disponibilidade, o tipo e a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde, que também são influenciados pela ideologia e estilos políticos que compõem as instituições de saúde. E por demanda “a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido” (TRAVASSOS et al, 1999 apud PINHEIRO, 2006, p. 67). Outro ponto importante a ser observado da demanda é que ela nem sempre está relacionada a uma necessidade, “seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução de problemas, pela sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados” (ARRUDA, 1998 apud PINHEIRO, 2006, p.67). Nesse sentido – de que a demanda nem sempre está relacionado a uma necessidade do sujeito – não podemos aceitar que, na prática do cotidiano, os serviços de saúde se estruturam tão somente para responder às doenças da população (embora seja importante fazer isso também). Há uma premência na reorganização dos processos de trabalho para contemplar, de forma ampliada, a necessidade da população atendida. Dessa forma, um sujeito/paciente não se reduz a uma lesão, ou a um transtorno mental, nem tão pouco se reduz a um corpo em potencial para desenvolver doenças ou ainda a um conjunto de situações de risco – como defendido pela Medicina da Vigilância. O profissional orientado pelo princípio da integralidade busca recorrentemente fugir desses reducionismos (MATTOS, 2006). A demanda traduz a necessidade mais complexas dos usuários – necessidades estas que são modeladas pela oferta dos serviços. Essas necessidades podem ser a procura de um vínculo com algum profissional ou a necessidade de autonomia e de

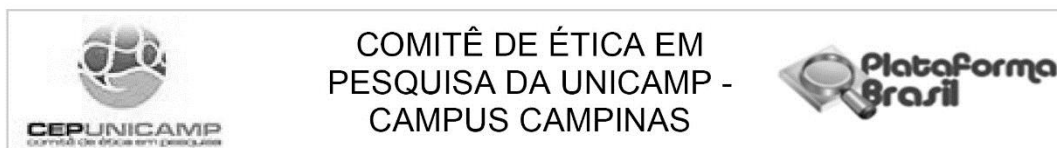
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

empoderamento, ou ainda o desejo pelo acesso a alguma tecnologia disponível que possa prolongar e melhorar a qualidade de vida (CECILIO, 2006). Portanto, o reducionismo nos impede de compreender a demanda real do sujeito e, para fugir dele tecendo uma assistência integral, é fundamental estabelecer o que Mattos (2006, p. 63) denomina “relação sujeito-sujeito”. O autor estende essa relação para além da prática nos serviços de saúde, incluindo sua importância também na organização dos serviços, nas discussões sobre políticas, ampliando a abertura para o diálogo com o outro que resiste aos nossos projetos e propostas, da mesma forma que resistimos às propostas dele. A integralidade surge como um princípio de organização “contínua do processo de trabalho, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (MATTOS, 2006, p. 57). Todos os sentidos que envolvem o princípio da integralidade, envolvem também um direito imprescindível da saúde: o acesso universal ao atendimento das necessidades da população. Com isso, Mattos (2006, p. 63), coloca uma inquietação que esse projeto de pesquisa procurará responder em alguma medida: “como nós podemos oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que os usuários (de saúde mental) apresentam?”. Importante registrar que a integralidade não se realiza em um único serviço e nem deve ser de responsabilidade exclusiva da Atenção Básica (AB). Além disso, “temos desconsiderado que há espaço para (e necessidade de) escuta das necessidades singulares de saúde das pessoas e criação de novas estratégias de qualificação e defesa da vida dos usuários, mesmo naqueles serviços pelos quais estão apenas ‘de passagem’, para consumo de um atendimento bem especializado” (CECILIO, 2006, p. 118-119). Nesse contexto, a integralidade nas ações de saúde mental torna-se ainda mais desafiadora. Como nos lembra Alves (2006), há duas naturezas que compõem obrigatoriamente o cuidado em saúde mental: oferta/seleção e inclusão/exclusão. A seleção e a exclusão, segundo o autor, permeiam as políticas de saúde mental desde os tempos em que a medicina se apropriou da loucura enquanto objeto de estudo, no século XVIII. Somente a partir da década de 90, do século XX, influenciados pelos ideais de Franco Basaglia é que a substituição do modelo hospitalar e manicomial foi posta em prática, tendo como importante ator os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que reiteram a importância da territorialidade e da ampla oferta de serviços e assistência em saúde, compreendo que o sujeito não é apenas um corpo ou uma patologia, mas que as questões são muito mais amplas e complexas, e demandam tecnologia humana avançada. A priori, com essa mudança, caem por terra as premissas de seleção e exclusão (ALVES, 2006). Portanto, segundo o autor, em saúde mental, a integralidade está vinculada à condenação da segregação – que fere direitos de convivência e liberdade – e do isolamento, enquanto instrumento de tratamento. A negação do

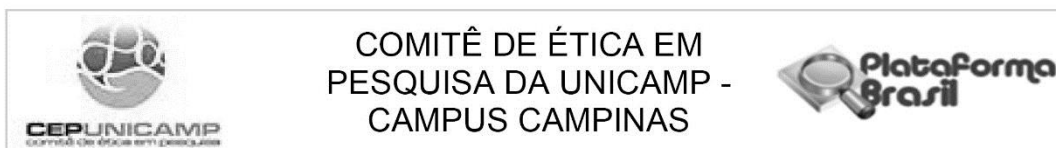
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

isolamento, enquanto tratamento às múltiplas formas de existência humana, aliada à compreensão de que o cuidado deve focar no indivíduo (e não somente em seu diagnóstico) é que determinam a integralidade do olhar para a situação em saúde mental. E mais uma vez os teóricos nos brindam com uma pergunta, no mínimo, inquietante: “que modelo adotar para atender à integralidade?” (Ibid, p. 170). Para a consolidação da integralidade de assistência são utilizados processos de trabalho que se configuram como propostas de ações coletivas. Dentre eles destacamos: equipe de referência, apoio matricial, projeto terapêutico singular, referência e contrarreferência e articulação em rede, inclusive intersetorial. Esses processos de trabalho são construídos dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). As redes de atenção em saúde (RAS) são organizações de ações e serviços das mais diversas complexidades tecnológicas que se integram através de apoio técnico, logístico e de gestão buscando garantir a integralidade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2010). A Atenção Básica é a principal porta de entrada ao SUS e também a ordenadora da RAS. Por sua vez, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo a Portaria Nº 3.088/11, contempla serviços como: serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), centros de convivência, núcleos de apoio à saúde da família (NASF), centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, entre outros apontados no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizado em 2001 – fruto da reforma psiquiátrica brasileira que encontrou inspiração no modelo da Psiquiatria Democrática Italiana, cujo protagonista foi o médico Franco Basaglia. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) também compõem a RAPS, na medida em que devem ser corresponsáveis pelo cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico (afinal, o sujeito não se reduz à sua patologia, como descrito anteriormente). Como já apontado, é através dos processos de trabalho que o princípio da integralidade se inscreve nas ações desenvolvidas pela RAS e pela RAPS. Para que seja possível visualizar as potências dessas ações devemos compreender seus conceitos: As equipes de referência e o apoio matricial são arranjos organizacionais cuja característica principal é a transversalidade, pois promovem relações de troca de informações e possibilidades de construções coletivas, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e produzindo impacto sobre os usuários dos serviços (BRASIL, 2004). Cada equipe de referência é responsável por determinado número de usuários de seu território. Dentro de um serviço (da RAS ou da RAPS) poderá haver mais de uma equipe de referência, que são compostas por profissionais de nível médio e superior, médicos e não médicos. Seu conceito está associado ao compartilhamento da responsabilidade do cuidado dos usuários entre os diversos profissionais. Dessa forma, o usuário não é paciente deste ou daquele profissional, mas está referenciado a uma equipe que deve construir coletivamente seu projeto

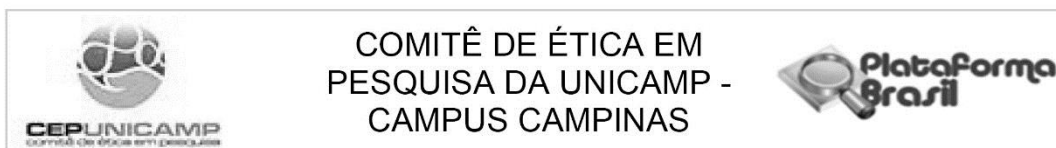
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

terapêutico singular (PTS) e buscar outros recursos, como o apoio matricial, sempre que a complexidade do caso demandar. Essa lógica desconstrói relações verticalizadas e centralizadoras ao propor que os casos sejam discutidos de forma ampliada, a partir de múltiplos olhares e saberes, de forma ética, respeitosa e ampliada. O apoio matricial é um arranjo desenvolvido a partir dos serviços especializados. Vamos supor que a equipe de referência está atendendo um caso muito complexo relacionado às demandas de saúde mental (mas poderá ser demandas de cardiologia, nutrição, fonoaudiologia etc) e que as ações necessárias para o cuidado do usuário e/ou sua família extrapolam o nível tecnológico do serviço. Ao invés de simplesmente encaminhar o sujeito para outro serviço (de maior complexidade tecnológica), a equipe de referência solicita o apoio matricial para construir de forma coletiva as possíveis ações de intervenção. Essas ações podem resultar em inserção do sujeito em outro serviço (CAPS, por exemplo), mas na lógica do encaminhamento e contrarreferenciamento, que será descrito adiante. Com isso, os serviços se tornam corresponsáveis pelo cuidado integral do sujeito. O apoio matricial, segundo Campos e Domitti (2007), poderá ser construído a partir de duas vertentes: através de encontros periódicos e regulares, entre a equipe de referência da UBS e o apoiador matricial (profissional do serviço especializado); e em situação imprevista, ou urgente, na qual a equipe de referência aciona o apoio matricial, solicitando algum tipo de intervenção. Nestes encontros são repactuadas as ações que compõem o PTS dos usuários por meio de três caminhos, descritos pelos autores: 1.) através de atendimentos e intervenções conjuntas (apoiador matricial e profissional da equipe de referência); 2.) atendimento exclusivo do apoiador, porém preservando o contato e a relação com a equipe de referência; 3.) somente pela relação de troca de saberes, através do diálogo entre os atores envolvidos. Em saúde mental, a proposta é de que o apoio matricial/matriciamento constitua-se como “um arranjo organizacional que viabilize o suporte técnico” às equipes de referência na atenção básica (BRASIL, 2008, p. 34 apud GAZIGNATO; SILVA, 2014, p. 298), porém, sem desconsiderar a responsabilização compartilhada entre os serviços na gestão clínica. Além disso, o apoio matricial é um indicador de que a política de saúde mental não avançará se não houver envolvimento e incorporação da AB neste processo, pois é preciso contemplar os cuidados em todos os níveis de assistência, não somente na rede substitutiva (GAZIGNATO; SILVA, 2014). O Projeto Terapêutico Singular “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2007, p. 40). Segundo o Ministério da Saúde, o PTS desloca as ações do sintoma e da doença e lança luz sob o sofrimento e o contexto que o produz ou o alimenta. Assim, outra forma de defini-lo seria: “estratégia de cuidado que articula conjunto de ações resultantes

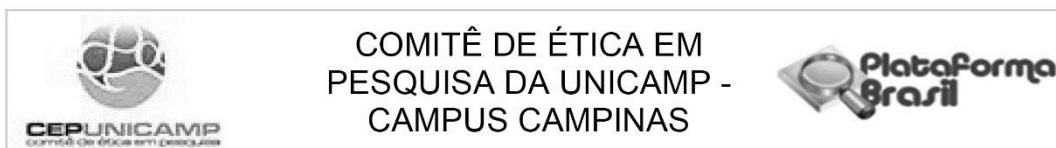
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo" (BRASIL, 2007 apud BRASIL, 2013, p. 55). Portanto, no bojo do PTS encontra-se a singularidade, a particularidade dos que estão envolvidos na trama que promove o sofrimento mental. O exemplo apresentado anteriormente sublinhou também a importância de uma construção que contemple o referenciamento e o contrarreferenciamento das ações de cuidado. Mas o que vem a ser isso? Segundo Witt (1992 apud JULIANI; CIAMPONE, 1999, p. 325) a referência e a contrarreferência são articulações entre as unidades do nível primário, secundário e terciário de saúde. A referência é o "trânsito do nível menor para o de maior complexidade e, inversamente, a contrarreferência é o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade". A referência e a contrarreferência pressupõem a responsabilização compartilhada no cuidado com o usuário, não devendo ser configuradas como um processo burocrático de encaminhamento. Esses dois processos de trabalho devem ser realizados de forma cuidadosa, preparando o caminho do usuário para o deslocamento de um serviço para outro, garantindo a longitudinalidade e a integralidade da assistência, no qual as equipes envolvidas dialogam e constroem coletivamente o PTS do sujeito. Nas palavras de Pinheiro (2006, p. 74) "ao se criar um sistema de referência e contrarreferência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que neste sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado". Essa construção coletiva e compartilhada é o que compõe a rede de cuidado. Assim, referenciamento, contrarreferenciamento e rede estão intimamente relacionados. Ceccim e Ferla (2006, p. 165, grifo do autor) apostam na ideia de linha de cuidado que, segundo eles, está "atada a uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras". Dessa forma, o cuidado implica conhecer os fatores que beneficiem, prejudiquem ou determinem a situação de saúde dos sujeitos e os recursos necessários para produzir e afirmar o cuidado e a vida. Para tanto, prosseguem, é preciso organizar fluxos resolutivos, uma "malha de cuidados ininterruptos, organizados de forma progressiva", pois, "numa malha não há maior e menor, anterior e posterior, partida e chegada, topo e base; tudo o que há é o tramado, as ligas, as conexões (...)" (Ibid., p. 167). Essas conexões, fluxos e ligas são tecidos a partir do referenciamento e do contrarreferenciamento, portanto, superam a lógica do encaminhamento burocrático e simplesmente técnico, ampliando o contexto do sujeito para muito além do seu processo de adoecimento. Nesta linha de cuidado estão implicados a

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



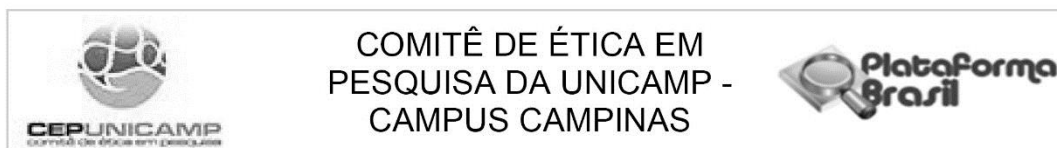
Continuação do Parecer: 1.750.268

reorganização permanente dos processos de trabalho “constituídas em sintonia com o universo dos usuários” e, “em última instância, uma linha de cuidado tem como pressuposto sua extensão à intersectorialidade (...) devendo possibilitar o surgimento de laços de confiança entre serviços, gestão setorial, instâncias de controle social e rede sociais, indispensáveis para melhorar a qualidade e resolutividade das ações de saúde” (FERLA, 2004 apud CECCIM; FERLA, 2006, p. 168). A intersectorialidade envolve a delicadeza da construção coletiva que extrapola o campo da saúde. Quando entendemos que o contexto em que vivemos influencia nosso processo de saúdeadoecimento, entendemos também que outras políticas sociais devem ser envolvidas no PTS dos usuários. Educação, cultura, transporte, habitação, segurança pública, assistência social, entre tantas outras, são políticas fundamentais na construção de um projeto que se propõe ser integral, ampliado, cuidadoso, respeitoso, articulado e vivo, pois, nessa lógica superamos o reducionismo das práticas em saúde e reinventamos processos de trabalhos que contemplem as demandas dos sujeitos. Promover a integralidade das ações em saúde, especialmente em saúde mental, é tecer cotidianamente relações horizontalizadas entre sujeitos-sujeitos – um desafio que se inscreve no cotidiano dos profissionais do SUS. Diante do exposto, e tendo em vista tal complexidade, este projeto de pesquisa buscará analisar como os processos de trabalho desenvolvidos pela RAPS do município [REDACTED] tem promovido integralidade nas ações em saúde. Quais os entraves vivenciados por esta rede? E, principalmente, qual sua potência para superá-los?

Metodologia Proposta: Esta pesquisa de caráter qualitativo será aplicada em 6 serviços da RAPS, no município [REDACTED], envolvendo 24 profissionais, sendo 20 trabalhadores dos serviços especializados de saúde mental, incluindo 2 coordenadores; e 4 coordenadores da Atenção Básica (AB) – Programas de Saúde da Família (PSF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS). A abordagem dos voluntários, para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ocorrerá por meio de duas estratégias: primeiro, será realizado contato telefônico com os coordenadores dos 6 serviços para agendamento de encontro presencial com estes e/ou sua equipe. Antes desse encontro será enviada, a cada serviço, uma carta com menção de interesse explicando a pesquisa - desta forma, os possíveis voluntários poderão esclarecer suas dúvidas quando ocorrer o contato pessoal com a pesquisadora. No momento do encontro, o TCLE será lido e todos os participantes voluntários deverão assiná-lo em duas vias, permanecendo com uma delas, tendo garantido seu anonimato, o sigilo das informações e a interrupção de sua participação a qualquer tempo da pesquisa.

No momento da pesquisa em campo serão aplicadas duas técnicas: observação participante e entrevista semiestruturada. A primeira técnica será aplicada no espaço consolidado para reuniões

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

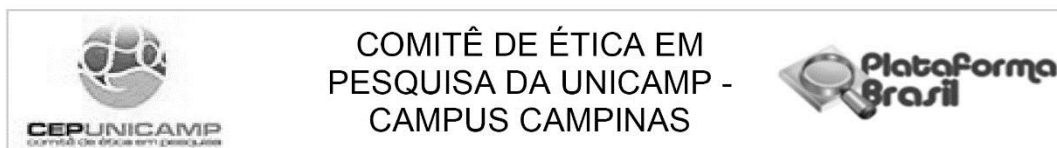


Continuação do Parecer: 1.750.268

de equipe dos dois Ambulatórios. A pesquisadora participará de 4 encontros consecutivos em cada serviço. A observação participante é uma proposta que procura integrar teoria e prática, colocando o pesquisador no lugar de participante do grupo em que está se inserindo. A grande vantagem desta técnica é a possibilidade de se obter informações no momento do fato, em ato. Outro ponto positivo de sua aplicação é captar conflitos e tensões que possam surgir e, também, identificar grupos ou sujeitos motivados para as mudanças necessárias (RICHARDSON, 1999 apud QUEIROZ et al, 2007). Objetiva-se com esta técnica analisar como os profissionais do Ambulatório de Saúde Mental e do Ambulatório Infanto-Juvenil constroem suas práticas profissionais, com foco na integralidade das ações, a partir dos seguintes processos de trabalho: construção de PTS, apoio matricial, referenciamento/contrarreferenciamento e articulação de rede. A entrevista semiestruturada realizada com os coordenadores dos seis serviços contemplará questões abertas e fechadas e buscará compreender: qual a oferta de serviços aos usuários em importante sofrimento psíquico (adulto e infanto-juvenil), como as Unidades Básicas se articulam com os serviços especializados, quais os desafios do atendimento desta população na Atenção Básica e nos serviços especializados e qual a proposta possível de compartilhamento do cuidado em rede. Serão aplicadas entrevistas semiestruturadas também aos médicos dos serviços especializados que não participam das reuniões de equipe, com o objetivo de identificar como as ações de cuidado são construídas com os demais profissionais da equipe, quais os desafios da medicina na articulação com a rede, qual a visão dos profissionais sobre a integralidade das ações em saúde e quais os desafios vivenciados no cotidiano dos serviços. Todas as entrevistas serão gravadas, em áudio, e transcrita para posterior análise dos dados e, assim como o diário de campo, será submetida ao método de análise temática. Essa técnica possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que sistematiza e quantifica o conteúdo do material qualitativo coletado e os interpreta ((BERESLON, 1952 apud MINAYO, 2014). Concluídas estas etapas, a pesquisadora elaborará a análise final da pesquisa estabelecendo relação entre os dados coletados e os referenciais teóricos de relevância sobre o tema, garantindo que os resultados deste estudo serão divulgados aos participantes voluntários e às instituições nos quais os dados foram obtidos, comprometendo-se também a publicar seus resultados com os devidos créditos aos autores pesquisados e utilizados.

Critério de Inclusão: Os critérios para inclusão destes serviços estão relacionados à organização de trabalho das equipes dos ambulatórios, principalmente no que se refere às práticas de reunião de equipe e ao apoio matricial. As UBS/PSF serão indicadas pelos profissionais destes ambulatórios, tendo como critério de inclusão os serviços que recebem apoio matricial.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

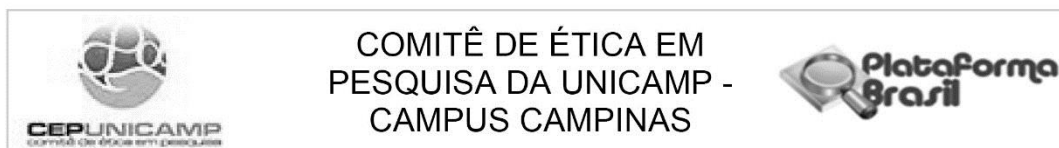
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar e compreender em que medida as práticas profissionais dos trabalhadores que atuam na Rede de Atenção Psicossocial [REDACTED] contribuem para integralidade da atenção à saúde dos usuários. **Objetivo Secundário:** 1. Analisar como os profissionais do Ambulatório de Saúde Mental e do Ambulatório Infanto-Juvenil constroem seus processos de trabalho (apoio matricial, referenciamento/contrarreferenciamento, projeto terapêutico singular e articulação em rede), a partir das reuniões de equipe de referência; 2. Descrever a oferta de cuidado em saúde mental desenvolvida pela Atenção Básica para crianças, adolescentes e adultos; 3. Analisar as práticas profissionais da Atenção Básica, a partir de seus gestores, quanto às demandas de saúde mental adulto e infanto-juvenil de seu território; 4. Identificar os desafios que envolvem as articulações na RAPS e como os profissionais se organizam para superá-las.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos previsíveis aos sujeitos participantes da pesquisa. **Benefícios:** Os benefícios que envolvem esta pesquisa atingem a gestão, os profissionais e, principalmente, os usuários dos serviços da RAPS [REDACTED]. Quanto à gestão, contribui no processo de consolidação de parte do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), que prevê algumas diretrizes relacionadas à integralidade. A primeira delas garante o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013, p. 269, grifo nosso). A oitava diretriz propõe contribuir para a "adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de Saúde" (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013, p. 274). Tomando como base as expectativas da gestão municipal, esta pesquisa poderá contribuir para a análise das ações de cuidado em saúde mental, partindo do princípio de que a integralidade promove equidade, acesso e organização do tempo adequado para a assistência aos usuários. Para, além disso, a proposta da observação participante vem ao encontro da oitava diretriz e poderá contribuir, através da articulação entre pesquisador e pesquisados, para a democratização das relações de trabalho e para a valorização dos diversos saberes que transitam nos espaços das reuniões de equipe. A Secretaria Municipal de Saúde reconhece também, neste Plano, que os CAPS, enquanto equipamentos estratégicos de cuidado no território, não podem se constituir como o único serviço de acesso da população em sofrimento psíquico, devendo o cuidado e a promoção em saúde mental serem articulados em todos os níveis de atenção, através da metodologia do Apoio

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica. Ciente de que o que o município [REDACTED] ainda está em processo de construção dessa metodologia, esta pesquisadora entrevistará os gestores de quatro UBS para compreender de que maneira a AB tem se apropriado das demandas de saúde mental. Esse material poderá ofertar base para que os serviços especializados proponham ações coletivas reais, de forma a conectar-se com os desafios vivenciados pelas UBS. Em relação aos profissionais e coordenadores das Unidades de Saúde esta pesquisa: possibilitará a revisão dos processos de trabalho, propondo aperfeiçoamento quando se fizer necessário, e publicizando as ações potentes que efetivem e qualifiquem o princípio da integralidade. Além disso, analisar como os processos de trabalho são construídos possibilita a modificação de relações verticalizadas e fragmentadas que entram o processo longitudinal e contínuo dos atendimentos, além de contribuir para o compartilhamento dos múltiplos saberes que envolvem os atores da RAPS, complexificando as propostas terapêuticas, tendo em vista as necessidades singulares dos usuários e empoderando as práticas profissionais cotidianas. Por fim, os benefícios para a população envolvem a expectativa de sustentação de ações integradas capazes de promover a ampliação da universalidade do acesso e da equidade no atendimento ofertado, especialmente aos usuários em importante sofrimento psíquico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

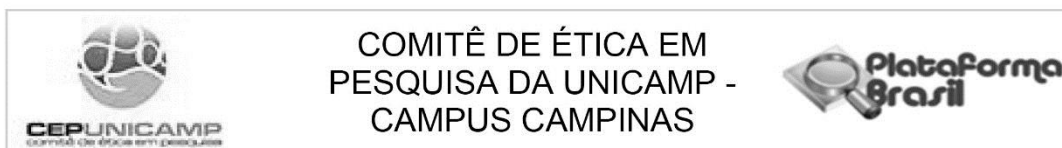
Trata-se de um Projeto de Pesquisa vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (FCM/ UNICAMP), a ser realizado na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde, no município [REDACTED] com orientação da Profa. Dra. Daniele Sacardo Nigro. Tem orçamento de R\$ 800,00 com financiamento próprio e início da coleta de dados prevista para 3/10/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- 1) Resumo informativo da Plataforma Brasil em P B _ I N F O R M A Ç Õ E S _ B Á S I C A S _ D O _ P R O J E T O _ 7 8 0 6 3 7 . p d f
- 2) folhaDeRosto.pdf assinada pelo Prof. Dr. Ivan Felizardo Contrera Toro, diretor da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP;
- 3) PROJETOPEQUISA.pdf com o projeto detalhado;
- 4) TCLEPROF.pdf com o o termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais;
- 5) TCLECOORDMED.pdf com o termo de consentimento livre e esclarecido para coordenadores e médicos;

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

- 6) Historico.pdf com o histórico escolar da pesquisadora, no curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde;
- 7) QUESTIONARIOMEDICOS.pdf com o roteiro de entrevista semiestruturada com 37 questões para a equipe médica dos ambulatórios de saúde mental;
- 8) QUESTIONARIOCOORDAMB.pdf com o roteiro de entrevista semiestruturada com 38 questões para os coordenadores de ambulatórios;
- 9) QUESTIONARIOCOORDAB.pdf com o roteiro de entrevista semiestruturada com 38 questões para os coordenadores de UBS/PSF;
- 10) CARTAINTERESSEAMBULATORIOS.pdf com a carta introdutória de menção de interesse de pesquisa para a equipe;
- 11) CARTAINTERESSECOORDENADORES.pdf com a carta introdutória de menção de interesse de pesquisa para os coordenadores;
- 12) parecerseudemental.pdf com cópia da capa do projeto com anotação manual feita pelo Sra. [REDACTED] coordenadora da Saúde Mental de [REDACTED], com parecer favorável a pesquisa;
- 13) parecersecretariasaude.pdf com documento da secretaria municipal de saúde da prefeitura de [REDACTED] com autorização para realização da pesquisa após aprovação do CEP, assinado pela coordenadora do Núcleo de Apoio de Educação em Saúde, [REDACTED]

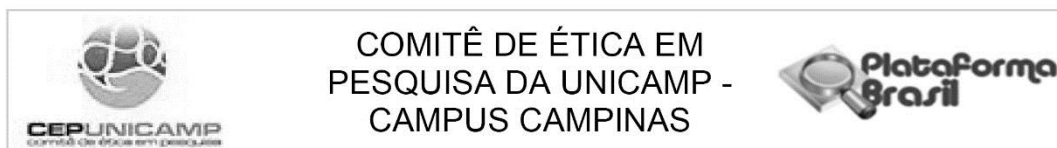
Recomendações:

Lembrar que, de acordo com a resolução CONEP 466/12:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

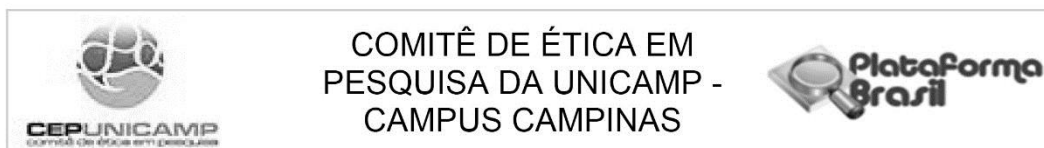
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

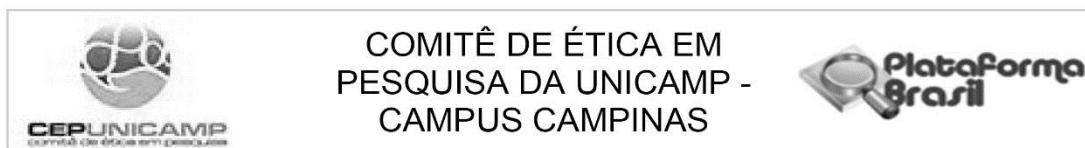
apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_780637.pdf	01/09/2016 11:05:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROF.pdf	01/09/2016 11:03:41	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECOORDMED.pdf	01/09/2016 11:03:16	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Outros	Historico.pdf	01/09/2016 11:02:16	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Outros	QUESTIONARIOMEDICOS.pdf	27/08/2016 13:47:41	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Outros	QUESTIONARIOCOORDAMB.pdf	27/08/2016 13:47:24	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Outros	QUESTIONARIOCOORDAB.pdf	27/08/2016 13:46:59	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Outros	CARTAINTERESSEAMBULATORIOS.pdf	27/08/2016 13:46:17	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Outros	CARTAINTERESSECOORDENADORE S.pdf	27/08/2016 13:45:22	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.pdf	27/08/2016 13:44:53	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecersaudemental.pdf	27/08/2016 13:42:53	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecersecretariasaudef.pdf	27/08/2016 13:42:12	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	27/08/2016 13:33:15	CLAUDIA CAPELINI PICIRILLI	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.750.268

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 28 de Setembro de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br